FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1946

THÈSE N° 66

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

GEORGES-RENÉ LAURENT
né le 19 Mai 1920, à Saint-Maur (Seine)
Externe des Hôpitaux de Paris

Présentée et soutenue publiquement le 14 Février 1946

LA MÉDECINE PRÉVENTIVE UNIVERSITAIRE EN FRANCE

Président : M. le Professeur P. JOANNON

PARIS

LIBRAIRIE J.-B. BAILLIERE ET FILS

19, Rue Hautefeuille, 19

1948

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1946 **THÈSE** N°.....

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

GEORGES-RENÉ LAURENT
né le 19 Mai 1920, à Saint-Maur (Seine)
Externe des Hôpitaux de Paris

Présentée et soutenue publiquement le 14 Février 1946

LA MÉDECINE PRÉVENTIVE UNIVERSITAIRE EN FRANCE

Président : M. le Professeur P. JOANNON

PARIS

LIBRAIRIE J.-B. BAILLIERE ET FILS

19, Rue Hautefeuille, 19

1948

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

Doyens Honoraires :

MM. Balthazard, Baudouin, Roussy

Professeurs Honoraires :

MM. Aubertin, Balthazard, Basset, Baudouin, Bezançon, Brindeau, Carnot, Chevassu, Chiray, Clerc, A. Couvelaire, Delbet, Hartmann, Heitz-Boyer, Jeannin, Laignel-Lavastine, Laubry, Lemierre, Lenormant, Marion, Mulon, Ombredanne, Roussy, Rouvière Sannié, Sébileau, Sézary, Tanon

Doyen : Léon Binet, *Membre de l'Institut*
Assesseur : Jean Verne

I. — Professeurs

	MM.
Anatomie	Olivier (f.f.).
Anatomie pathologique	Leroux.
Assistance Médico-sociale	N...
Bactériologie	Gastinel.
Biologie médicale	Verne.
Chimie médicale	Polonovski.
Clinique de cardiologie	Donzelot.
Cliniques chirurgicales	Brocq.
	Cadenat.
	Mondor.
	Quénu.
Clinique chirurgicale infantile et d'orthopédie	Leveuf.
Clinique chirurgicale orthopédique	Mathieu.
Clinique gynécologique	Mocquot.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	Gougerot.
Clinique des maladies des enfants	Debré (R.).
Clinique des maladies infectieuses	Mollaret (f.f.).
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale	Delay.
Clinique des maladies du système nerveux	N...
Cliniques médicales	Benard (H.).
	Chabrol.
	Harvier.
	Lian.
Clinique médicale propédeutique	P.-Vallery-Radot.
Clinique de Neuro-chirurgie	N...
Cliniques obstétricales	Lantuéjoul.
	Lévy-Solal.
	Portes.
Clinique ophtalmologique	Velter.
Clinique oto-rhino-laryngologique	Lemaitre.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Sénèque.
Clinique thérapeutique médicale	Loeper.
Clinique de la Tuberculose	Bernard (Et.).
Clinique urologique	Fey.
Embryologie	Giroud.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	Alajouanine.

	MM.
Histologie	Champy.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Besançon (Justin-).
Hygiène et clinique de la première enfance	Cathala.
Hygiène et médecine préventive	Joannon.
Médecine du Travail	Duvoir.
Médecine légale	Piédelièvre.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	Brumpt (E.).
Pathologie chirurgicale	Petit-Dutaillis.
Pathologie exotique	Lavier.
Pathologie expérimentale et comparée	Lemaire.
Pathologie médicale	Moreau.
Pathologie et thérapeutique générales	De Gennes
Pharmacologie et matière médicale	Hazard.
Physiologie	Binet (Léon).
Problèmes alimentaires (chaire à titre personnel)	Richet.
Puériculture	Lelong.
Radiologie médicale	Desgrez (Henri).
Stomatologie	Dechaume.
Physique médicale	Strohl.
Technique chirurgicale	Moulonguet.
Thérapeutique	Laroche (Guy).

Professeurs sans Chaire :

MM. Dognon (*Physique médicale*), Gaillard (*Parasitologie*), Halphen (*Oto-Rhino-Laryngologie*), Jayle M. (*Chimie médicale*), Mlle J. Lévy (*Pharmacologie*), Olivier (*Anatomie*).

II. — Agrégés en exercice

	MM.
Anatomie	Cordier. Delmas. Debeyre (f.f.)
Anat. pathologique	Delarue. Mlle Gauthier Villars.
Bactériologie	Bonnet. Fasquelle.
Biochimie médicale	Ettori. Schapira.
Dermato-Syphiligraphie	Degos.
Histologie	Coujard. Desclaux.
Hydrologie	Debray.
Hygiène	Boyer. Deparis.
Médecine légale	Desoille.
Neurologie	De Seze.

	MM.
Obstétrique	Digonnet. Mayer. Sureau. Varangot.
Ophtalmologie	Offret.
Oto-rhino-laryngol.	Aubin.
Parasitologie	Brumpt, L.C.
Pathologie chirurgic.	Fevre. Hugier. Leger. Merle d'Aubigné.
Psychiatrie	Baruk.
Urologie	Couvelaire.
Pathologie chirurgic.	Padovani. Patel. Roux. Rudler. Sicard.

	Merklen.	Pédiatrie	Laplane.
	Brouet.		Marie (Jul.).
Pathologie expérim..	Cachera.	Pharmacologie	Cheymol.
	Decourt.	Physiologie	Bargeton.
	Dreyfus (G.)		Parrot.
	Fauvert.	Physique médicale .	Djourno.
	Garcin.	Thérapeutique Agr.	Brouet.
Pathologie médicale.	Hamburger.	ch. déns.	
	Kourilsky.		
	Lamy.		
	Lenègre.		
	Marchal.		
	Mauric.		
	Soulie.		

III. — Professeurs Honoraires et Agrégés

RAPPELÉS A L'EXERCICE POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM. Basset (*Pathologie chirurgicale*), Brindeau (*Obstétrique*), Huguenin (*Anatomie pathologique*), Le Lorier (*Obstétrique*),

IV. — Professeurs sans chaire et agrégés

CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE A TITRE PERMANENT

	Ameline.		Bariety.
	Basset.		Boulin.
	De Gaudart		Chevalier.
Cliniq. chirurgicale.	d'Allaines.		Coste.
	F. Brentano.	Clinique médicale ..	De Gennes.
	Gatellier.		Hagueneau.
	Menegaux.		Mollaret.
Cliniq. obstétricale .	Ecalle.		Mouquin.
	Lacomme.		Turpin.
Clinique ophtalmol. .	Renard.	Clinique O.R.L.	Halphen.

V. — Chargés de Cours

Radiologie .....Ledoux-Lebard.

MM.

Secrétaire de la Faculté. J. Morel.
Secrétaire-adjoint ..... M. Brissiaud.
Bibliothécaire en Chef.. A. Hahn.
Bibliothécaires ..... Mlles Dumaitre, Goichon, Laurent.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

Cette Thèse est dédiée à la Mémoire de mon Frère
CHRISTIAN LAURENT

Mort pour la France
au camp de Dachau, le 13 Décembre 1944

A TOUS LES MIENS,

A TOUS MES AMIS,

A TOUS MES CAMARADES,

A TOUS LES ETUDIANTS DE FRANCE

A LA MEMOIRE

DE MONSIEUR LE PROFESSEUR JEAN TROISIER

Professeur de Clinique de la Tuberculose

à la Faculté de Médecine de Paris

Membre de l'Académie de Médecine

Qui fut pour moi le meilleur des Maîtres

A Monsieur le Docteur Daniel DOUADY

Directeur de l'Hygiène Scolaire et Universitaire
au Ministère de l'Education Nationale

Qui nous a inspiré le sujet de cette Thèse. Nous lui devons la santé ainsi qu'une bonne part de notre savoir. Nous ne saurons jamais lui dire assez notre profonde reconnaissance et notre respectueuse affection.

A Monsieur le Professeur Pierre GASTINEL

Professeur de Bactériologie à la Faculté de Médecine de Paris

Qui nous a donné le goût des travaux de laboratoire et qui nous a soutenu en des moments difficiles, nous voulons dire ici toute notre gratitude.

PRÉFACE

Les mesures édictées pour protéger la santé des cent mille étudiants et élèves des établissements d'Enseignement Supérieur français semblent si bien entrées dans les mœurs de la population universitaire que l'on a quelque peine à croire que leur début soit encore tout proche de nous.

Dans cette thèse, Georges Laurent s'est proposé de retracer l'historique, les premières expériences et les premiers résultats de la médecine préventive universitaire en France. Il semble y avoir fort bien réussi ; ce fut l'opinion du jury constitué auprès du Ministère de l'Education Nationale, Direction de l'Hygiène Scolaire et Universitaire, qui l'en a récompensé en toute première ligne.

Georges Laurent évoque d'abord les nécessités auxquelles répond la création d'un système de médecine préventive pour les étudiants : on sait que cette catégorie de « jeunes », pratiquement émancipés de l'attache familiale, est vouée pendant des années à une vie matérielle difficile, car le travailleur intellectuel non salarié n'a pas trouvé sa place dans le système économique contemporain. En outre, les étudiants sont trop souvent négligents de leur santé, de leur hygiène, de leur éducation physique. D'eux-mêmes ils s'exposent à la sous-alimentation, à l'alcool, au surmenage et se soucient assez peu des conséquences que leur genre de vie peut comporter pour leur avenir lointain ou même proche. La pathologie de l'étudiant est là pour en témoigner : tuberculose pulmonaire au premier chef, mais aussi troubles digestifs, atteintes de l'état général, sans parler de toute la pathologie mentale des jeunes intellectuels, encore trop peu étudiée en France.

L'auteur retrace les expériences des précurseurs : le dispensaire universitaire de Nancy, l'assurance-maladie des étudiants de Strasbourg, les examens médicaux préventifs créés par la Cité Universitaire de Paris puis par diverses Universités ; il montre comment ces initiatives ont été ensuite coordonnées par l'Etat, et comment, après l'appel adressé aux Pouvoirs Publics par les étudiants réunis en leur congrès, furent prises diverses mesures législatives de 1938 à 1945.

Le lecteur remarquera que les textes réglementaires récemment

entrés en vigueur (Décrets du 11 Avril et du 12 Septembre 1946, arrêté du 30 Octobre 1946, circulaire ministérielle du 15 Novembre 1946) ne sont pas commentés dans cette thèse, qui a été rédigée au début de 1946 (elle n'a pu, en raison des circonstances, être imprimée que plus tard). Elle n'en reste pas moins intéressante, par l'étude qu'elle fait des textes antérieurs que le décret de 1946 a essentiellement repris et coordonnés, sans les contrecarrer dans leurs dispositions les plus importantes (1).

Georges Laurent étudie toute l'organisation des examens de médecine préventive à l'Université, le dépistage de la tuberculose et des autres maladies. Il a dépouillé les statistiques médicales, et aussi les statistiques sociales, qui donnent des renseignements jamais encore recueillis jusqu'à présent. Il faut espérer que les tableaux chiffrés qu'il présente seront repris, en ce qui concerne les annéess colaires ultérieures, par d'autres chercheurs aussi zélés et consciencieux ; il reste beaucoup à découvrir sur la vie matérielle de nos cent mille étudiants, leur morphologie, leur pathologie.

Pour le travail des Œuvres sociales universitaires aujourd'hui, et demain pour l'organisation de la Sécurité Sociale appliquée aux étudiants, on a besoin d'analyses et d'études statistiques ; des travaux tels que celui-ci ouvrent la voie.

Il est visible que Georges Laurent s'est mis tout entier dans son travail. Qu'il expose, qu'il critique ou qu'il loue, il se donne sans réserve, comme il s'est donné à sa tâche quand il coopérait naguère au bon fonctionnement d'un important centre de médecine préventive ou à d'autres œuvres en faveur de ses camarades. Son style de la jeunesse, et parfois son jugement aussi. Si nous voyons là un défaut, la vie ne nous en guérit que trop vite ; trouvons-y plutôt la marque d'un homme de bonne volonté, dont le zèle est brûlant et le cœur généreux.

Docteur DANIEL DOUADY.
Directeur de l'Hygiène Scolaire et Universitaire

(1) On pourra consulter la brochure : *Hygiène Scolaire et Universitaire* : documents n° 9, textes réglementaires et informations sur la médecine préventive dans l'enseignement supérieur, 1947 (au Ministère de l'Education Nationale, Direction de l'Hygiène Scolaire, 5, rue Auguste-Vacquerie, Paris-16e).

AVANT-PROPOS

« *La maladie spontanée n'est qu'une lointaine échéance...* »

LERICHE.

Toute médecine est préventive puisqu'elle tend à prévenir la Mort. Le fait que nous réservions cependant le qualificatif de « préventive » à une certaine branche de la Médecine, loin d'apparaître comme un pléonasme, est riche d'enseignement. Nous désignons ainsi la partie de notre Art qui vise à prévenir les maladies. Ce n'est plus de la Mort dont il s'agit, mais de ce qui pourrait en être l'occasion. Ce que nous appelons prévention tout court est dont une prévention au deuxième degré. C'est un second rempart élevé par l'homme autour de sa santé.

En enfants gâtés de la Science que nous sommes, nous avons trop tendance à mésestimer l'effort que cela représente. Il est même courant d'entendre dire que les sciences biologiques en général et la Médecine en particulier sont considérablement en retard sur les sciences physiques. Le fait que la Médecine Préventive existe et progresse constitue la preuve évidente et logique du contraire.

Au point de vue formel en effet, on peut admettre sans exagération que, pour prendre un exemple très actuel, la Physique Nucléaire, celle de toutes les Sciences Physiques qui a le mieux réussi, et la Médecine Préventive, représentent un même stade d'évolution.

La Physique Nucléaire peut dire : « Je connais suffisamment l'atome pour le détruire ». La Médecine Préventive peut également prétendre : « Je connais suffisamment la maladie pour la supprimer ». On objectera aussitôt : « Cela n'est vrai que de quelques maladies ». Il est facile de répondre : « Cela n'est vrai que d'un seul atome ».

Lorsqu'une science arrive ainsi à se retourner contre son objet, on peut en conclure qu'elle atteint une relative perfection. C'est à ce point qu'est parvenue la Médecine grâce à la Médecine Préventive.

Nous ne saurions donc mieux servir l'une qu'en essayant de contribuer, même pour une faible part, aux progrès de l'autre. La Médecine Préventive, véritable « lieu géométrique » des progrès médicaux, requiert l'attention des médecins puisqu'aussi bien elle représente l'une des plus belles perspectives d'avenir de leur Science.

INTRODUCTION

A la veille de la seconde guerre mondiale, deux auteurs spécialistes des questions sociales universitaires, le Professeur Rochaix et M. A. Rosier, pouvaient écrire, au terme d'une enquête sur les Centres Universitaires de Médecine Préventive, que « notre pays se trouvait certainement parmi ceux qui avaient fait le plus gros effort à ce point de vue ».

La guerre et l'occupation sont survenues. La France, sollicitée d'agir dans bien d'autres domaines durant cette sombre période et depuis la Victoire, mérite-t-elle toujours qu'on conclue de la sorte une enquête semblable ? C'est ce que nous nous sommes proposés de montrer.

Chapitre Premier

IMPORTANCE SOCIALE DE LA MEDECINE PREVENTIVE UNIVERSITAIRE

« *...Et que vous servira de vous être bien tourmenté l'esprit, si cependant vous avez négligé de veiller sur vous ?* »

Montaigne.

Si la médecine préventive universitaire n'existait pas, il faudrait l'inventer ; et cela pour de multiples raisons. D'abord pour ses avantages propres, ensuite pour l'efficacité particulière qu'elle revêt dans le milieu universitaire. Deux séries d'arguments qu'on peut analyser d'un point de vue individuel, puis d'un point de vue collectif.

I. — Avantages individuels de la Médecine Préventive en général

Envisagé personnellement et sans que sa qualité intervienne, l'étudiant trouve dans la médecine préventive un avantage évident. Sa santé constamment contrôlée, il sera moins souvent malade et l'affection qui l'atteindra sera généralement moins grave parce que plus précocement dépistée. C'est ainsi qu'au Sanatorium des Etudiants, la proportion des améliorations s'est élevée au fur et à mesure que, la prévention se développant, les jeunes intellectuels atteints y étaient envoyés plus tôt et « le malade n'est pas à plaindre, qui a la guérison en sa manche ».

La Santé morale de l'étudiant en sera meilleure car bien portant, il se sentira protégé et se connaissant vraiment lui-même, il ira de l'avant ; malade, il aura le sentiment d'avoir fait ce qu'il devait faire, il s'évitera les regrets et les « si j'avais su » déprimants. Il sera plus serein, et cela contribuera encore avec la promptitude du diagnostic à hâter sa guérison. Maladie enrayée, santé morale et santé physique conservées, que d'arguments pour convaincre, s'il en était besoin, de la nécessité de la prévention. L'assurance sur la vie, telle que l'expression en a cours actuellement, est un euphémisme. C'est

en réalité d'une assurance sur la mort dont il s'agit. La véritable assurance sur la vie, c'est la médecine préventive.

II. — Avantages généraux collectifs de la Médecine Préventive.

Le vieil adage : « prévenir c'est guérir », prend une singulière incidence lorsqu'on le traduit par : « prévenir, c'est ne pas avoir à soigner ». Incidence économique surtout, puisqu'on évite la perte de nombreuses journées de travail et le paiement des frais hospitaliers, médicaux et pharmaceutiques. L'Angleterre a pu chiffrer la perte considérable que faisait subir le rhumatisme chaque année à son industrie, rien que par le nombre de journées de travail perdues. A quel chiffre fantastique n'aboutirions-nous pas en France en totalisant le nombre de journées de travail que ne peuvent effectuer les pensionnaires de nos sanatoria. Un dépistage bien organisé les aurait plus rapidement envoyés en cure et ils pourraient de la sorte guérir plus vite et plus sûrement.

La Prévention allègerait pour la même raison les dépenses d'assistance publique et les prestations en espèces, versées par les Assurances Sociales. Les crédits ainsi recouvrés pourraient servir à d'autres buts plus constructifs. On sait par exemple que les Assurances Sociales ont dû récemment relever le taux de leurs cotisations pour combler le déficit engendré par le trop grand nombre de journées de prestations payées en 1944. C'est la tuberculose qui motivait la plupart d'entre elles. Vingt services de médecine préventive auraient pu fonctionner avec un budget semblable.

Mais le dépistage a surtout l'énorme avantage de limiter les risques de contagion. C'est l'argument social par excellence qui traduit un réflexe de « self-défense » de la collectivité. Il est du devoir de chacun de ne pas être une source de maladie pour les autres. Et comment distinguer entre le « bien-portant » et « le malade qui s'ignore », sinon par le sondage que constitue l'examen systématique ?

Actuellement surtout, car les sévères restrictions que nous avons subies et que nous continuons à supporter, mettent en danger la santé de chacun. « La guerre détermine toujours une augmentation de la morbidité et de la mortalité tuberculeuses ». En raison d'abord de la sous-alimentation qu'elle entraîne et aussi pour d'autres causes dont les principales sont la désorganisation hospitalière et sanatoriale, la pénurie de médecins, de médicaments, les soucis, les émotions, le

manque de chauffage, etc... Songeons que Moine a établi que de 1938 à 1941 l'accroissement des sujets bacillifères reconnus par les dispensaires de l'Oise a été de 290 %. Le Comité National de Défense contre la Tuberculose a établi que chez les adultes, le chiffre de 161 décès en 1938 pour 10.000 habitants s'est élevé à 270 en 1941, soit 109 en plus et 69 % d'augmentation. Parallèlement, le déficit dans l'alimentation a pu être évalué aux environs de 60 % par rapport à 1938. Déficit alimentaire et augmentation de la mortalité tuberculeuse vont absolument de pair. Les circonstances présentes nous obligent donc à prendre une attention plus grande de notre santé.

N'oublions pas non plus que le problème démographique si angoissant pour notre Pays fait un devoir à tous les Français de conserver leur santé et pour cela de la faire très souvent contrôler. Nos naissances sont déficitaires. Cela veut dire aussi que les décès chez nous sont trop nombreux. Il faut les réduire et pour cela utiliser à fond les ressources de la médecine préventive. L'exemple du « Life Extension Institute » de New-York, est à ce propos très encourageant. Les courbes de mortalité n'ont-elles pas, sous son action, baissé de 50 %.

Enfin, la médecine préventive est une science à ses débuts. Elle se construit à chaque instant et ses progrès conditionnent ses bienfaits. Il est donc nécessaire de contribuer à son avancement qui est celui de la science en général, en se soumettant avec bonne grâce aux examens qu'elle requiert. Déjà pour toutes ces raisons, personnelles ou sociales, communes à toutes les collectivités, l'étudiant doit considérer la prévention avec sympathie. Mais d'autres motifs existent qui lui sont très particuliers et qui doivent la lui faire définitivement adopter.

III. — Avantages individuels de la Médecine Préventive Universitaire

L'étudiant est un personnage vraiment singulier dont tous les caractères du « style de vie » sont autant d'arguments en faveur de la médecine préventive. Nous allons les passer en revue et nous verrons qu'ils conditionnent une vie (c'est-à-dire une physiologie) spéciale, ainsi qu'une pathologie non moins particulière. Cette étude faite d'un point de vue analytique puis d'un point de vue synthéti-

que nous fera conclure à la nécessité d'un contrôle prophylactique plus attentif encore que partout ailleurs.

A) ETUDE ANALYTIQUE.

L'étudiant se caractérise par sa jeunesse, son isolement, son activité, la modestie fréquente de ses moyens et une mentalité qui lui est propre.

1) La Jeunesse de l'Etudiant.

« La jeunesse est un mal dont on se guérit tous les jours » disent les grincheux. « Il faut bien que jeunesse se passe », disent les indulgents. L'étudiant, riche de sa jeunesse, laisse dire les uns et les autres, et fier de son âge, le vit intensément.

Au point de vue moral, cela signifie qu'il est enthousiaste et dynamique. Cela veut dire aussi qu'il est insouciant. C'est pourquoi il acceptera sans réagir des habitudes de vie néfastes à sa santé, et même en exagèrera les excès. Cette négligence et cette fantaisie, malgré leur charme, pourront avoir des conséquences fâcheuses. Elles affectent d'un coefficient psychologique défavorable toute l'hygiène privée de l'étudiant et rendent la poursuite persévérante de longs traitements parfois difficile.

Au point de vue physique, la jeunesse de l'étudiant signifie croissance. Celle-ci n'est en effet terminée qu'à vingt-cinq ans et la majorité des étudiants est en dessous de cet âge. Nous avons établi, dans notre sixième chapitre, un tableau des âges des étudiants qui le prouve. Croissance dit surveillance. C'est une raison de plus pour qu'une attentive direction médicale exerce ce contrôle.

Mais la jeunesse de l'étudiant sous-entend aussi le développement de l'instinct sexuel. Il intéresse le médecin par son importance et cela à trois points de vue. D'abord, il peut entraîner l'étudiant à des excès qui en feront un terrain moins résistant à la tuberculose. Ce n'est évidemment là qu'une cause parmi beaucoup d'autres, mais qu'il n'est pas cependant inutile de souligner. Ensuite, il peut amener un déséquilibre nerveux chez certains prédisposés qu'il est important de pouvoir déceler et traiter le plus tôt possible. Enfin et surtout, il est à l'origine des maladies vénériennes. Leur dépistage précoce

est une des tâches essentielles de la médecine préventive. Lui seul donne toutes ses chances à la thérapeutique, lui seul évite de redoutables complications.

Enfin, la jeunesse de l'étudiant signifie à l'heure actuelle qu'il appartient à l'un des âges les plus éprouvés par les restrictions. Gounelle a montré qu'en 1944, 50 % des jeunes Parisiens pesaient notablement moins que ne le voulait leur taille. Nous avons calculé quels étaient les étudiants de Marseille, ville très éprouvée par les restrictions, qui étaient dans le même cas en 1943. Nous avons trouvé un chiffre supérieur : 63 %. Nouvelle raison, puisque cet amaigrissement prédispose à la tuberculose quand il ne l'accompagne pas, de se soumettre à un contrôle consciencieux et périodique.

2) L'Isolement de l'Etudiant.

« Malheur à l'homme seul. »

a) *Isolement au point de vue individuel.*

Parce qu'il est « isolé », l'étudiant doit retenir l'attention du médecin. Il est d'abord très souvent isolé de sa famille. On a pu dire avec raison que cet éloignement virilisait le caractère ; on ne saurait nier qu'il n'entraîne pour beaucoup la perte d'un mode de vie hygiénique, pour un autre qui l'est moins. Plus de repas copieux servis à heures fixes. Plus d'heures de sommeil attentivement surveillées. L'étudiant, dans une existence nouvelle, est en butte à tous les soucis matériels que le milieu familial lui faisait ignorer et qui maintenant le distraient de ses études.

Dans le cas plus heureux où l'étudiant demeure dans sa famille, il en constitue malgré tout un membre « à part ». Il s'engouffre dans sa chambre et n'en sort que pour aller aux cours ou chez des camarades ; il ne participe plus aux réunions de famille, s'éclipse dès la fin des repas et se considère dégagé de toute obligation familiale. Cette mentalité aura pour conséquence médicale la dissimulation de symptômes morbides qui pourraient survenir de peur que leur aveu n'entraîne une intrusion familiale inopportune, ou tout au moins jugée telle.

Isolé de sa famille, l'étudiant l'est aussi de ses professeurs. Il ne peut évidemment entretenir avec eux les rapports qu'il pouvait avoir avec ceux de son Lycée. Il est perdu dans la foule de ses camarades. « C'est un anonyme qui exagère son anonymat. » C'est pourquoi les conseils qui lui sont donnés par ses maîtres au sujet

de son genre de vie, parce qu'ils s'adressent à une généralité, ne peuvent l'atteindre. Un exemple est à cet égard caractéristique. A Poitiers en 1935, une grande séance de propagande a lieu en faveur de la médecine préventive, sous la Présidence du Recteur. L'assistance est nombreuse et attentive mais dix étudiants seulement sur un total d'environ 2.000 inscrits en Faculté se présentent à l'examen de dépistage. Ce manque d'intimité entre l'étudiant et ceux qui sont ses guides intellectuels aussi bien que moraux rend nécessaire l'examen de médecine préventive que l'on devra s'attacher à rendre le plus possible « personnel », à en faire un entretien « d'homme à homme ».

Enfin l'étudiant reste isolé parmi ses camarades. On a depuis longtemps disserté sur « l'individualisme étudiant » pour que nous nous dispensions de l'analyser en détail. Il constitue surtout la réaction d'un intellectuel devant une vie collective trop poussée car s'il est un instinct dont toute la culture acquise durant les études secondaires apprend à se défier, c'est bien de l'instinct grégaire. Si nous devons nous préoccuper de cet individualisme, c'est parce qu'il a des conséquences fâcheuses sur la santé de l'étudiant. En effet, ce refus de la vie en commun l'amènera à préférer « sa liberté » au règlement d'un pavillon de Cité Universitaire et cela au détriment de la régularité de sa vie. Cela l'amènera aussi à considérer avec méfiance, toute tentative de loisir ou sport en commun. Le peu d'empressement que les étudiants ont montré à se rendre aux séances d'éducation physique imposées en 1941-42, 1942-43, venait du fait qu'ils ne pouvaient dépenser en efforts gratuits les calories de leurs maigres rations alimentaires, mais aussi qu'il s'agissait de séances « en commun ». Et pourtant quelle médecine préventive que le sport !

Cet état d'esprit amènera l'étudiant à se méprendre sur le rôle de l'assistante sociale universitaire qui, parce qu'elle doit recevoir les confidences de tous, ne lui paraît pas digne de recevoir les siennes. Et le voilà qui se prive d'une aide précieuse pour le maintien de sa santé. De multiples raisons rendent donc redoutable l'isolement d'un jeune homme absolument livré à lui-même.

b) « *Isolement* » *au point de vue* « *collectif* ».

« Une communauté d'isolés »... ce paradoxe est vrai lorsqu'il s'agit de la communauté étudiante. On doit se rendre compte que

la vie de l'étudiant a un caractère un peu irréel et factice où dans l'âge adulte persistent des réminiscences de l'école maternelle : bons et mauvais points, bonnes et mauvaises notes ; tandis que la vie est moins simple à l'usine et aux champs. C'est justement à ces membres de communautés naturelles, ouvriers et paysans, que le législateur songe lorsqu'il établit un plan de sécurité sociale. Il oublie les étudiants dont l'isolement « collectif » aboutit à leur exclusion de beaucoup d'institutions bienfaisantes : assurances sociales en particulier. Nouveau motif d'utiliser la médecine préventive pour ceux qui ne peuvent socialement supporter les charges de la maladie.

3) Le Travail de l'Etudiant.

Avant son entrée à l'Université, l'étudiant a dû fournir un certain effort durant ses dernières années de Lycée. Mais là, la discipline l'obligeait à répartir raisonnablement son temps et le « bachotage » des deux ou trois mois avant l'examen n'était qu'une révision et n'entraînait pas un surmenage vraiment caractérisé. D'ailleurs, l'action du milieu familial s'opposait à toute exagération néfaste. Les conditions changent à la Faculté : plus de censeur, plus de famille. L'examen est très loin, au bout de l'année. On a bien le temps de le préparer. Et l'on profite de cette liberté si longtemps convoitée et enfin obtenue. Mais l'effort à fournir quand l'échéance approche est harassant. Il entraîne énervement, fatigue, veilles, alimentation insuffisante, assimilation défectueuse. Voilà des conditions favorables à l'éclosion d'une tuberculose.

Sans doute, tous les étudiants n'agissent pas ainsi, mais on doit cependant reconnaître que même lorsqu'il sait répartir son effort sur toute l'année, l'étudiant ne dose pas équitablement travail et repos d'une journée. Des soucis matériels lui font perdre du temps, il le rattrape le soir au détriment d'un sommeil réparateur. Les plus sages ont même tendance à considérer la veille comme une obligation et ne se croiraient pas sérieux s'ils ne dépassaient pas minuit. Voilà pourquoi la tuberculose atteint surtout les étudiants « bûcheurs ».

De toute façon, le travail demandé à l'étudiant est considérable. Il est nécessaire, pour le prouver, de situer exactement la difficulté actuelle d'examens réputés autrefois des plus aisés. Le tableau suivant des échecs aux examens des diverses disciplines en 1944-45 pour les

deux sessions, établi d'après les renseignements fournis par les secrétariats des Facultés de Paris en fait foi :

Facultés	Taux des échecs
Sciences	50 %
P. C. B.	75 %
1re année de Pharmacie	71 %
1re année de Droit	72 %

Si les examens sont difficiles, que dire des concours ! L'assistante sociale du Sanatorium des Etudiants voyait brusquement augmenter le nombre des demandes d'admission en Novembre et Janvier de chaque année, tout simplement parce que les concours d'internat et d'externat avaient eu lieu en Octobre et Décembre. Là encore des chiffres en diront toute l'âpreté (renseignements fournis officiellement par l'Assistance Publique de Paris) :

Concours d'internat d'Octobre 1943 :	Candidats.....	739
	Reçus.....	98
Concours d'externat de Déc. 1943 :	Candidats.....	1.249
	Reçus.....	313

et cette difficulté n'est pas l'apanage des concours de médecine. Le concours d'agrégation se révèle de plus en plus ardu : en 1939, il appelait 2.657 candidats et n'en retenait que 353. En 1944, il attirait 2.477 étudiants et n'en conservait plus que 211. Veut-on encore l'exemple d'une grande École ? Le concours d'entrée à l'Institut National Agronomique se faisait en 1937 dans la proportion de 66 admis sur 196 présentés. Il ne se fait plus maintenant (concours de 1945) que dans la proportion respective de 621 appelés et 110 élus. Un autre exemple typique est fourni par l'Ecole Supérieure des Arts Décoratifs : 314 candidats, 162 reçus en 1937 ; 601 candidats, 132 reçus en 1944 ; 802 candidats, 121 reçus en 1945.

Dans tous les examens et concours, on observe donc la même élévation du niveau des épreuves. S'il faut s'en féliciter au point de vue intellectuel, il n'en faut pas moins reconnaître que du point de vue médical, cela signifie surmenage plus intense, et les chiffres que nous avons donnés mesurent autant une difficulté accrue qu'une morbidité augmentée.

Il est essentiel de remarquer que certaines catégories d'étudiants

ont des conditions de travail particulièrement pénibles. En premier lieu les étudiants en médecine. Paradoxe malheureusement banal, qui veut que ceux qui apprennent et appliqueront l'hygiène ne doivent pas s'en soucier par la force des choses. Ils doivent fournir d'abord un certain effort intellectuel pour satisfaire à leurs examens et l'assistance aux cours et aux séances de travaux pratiques, dont c'est la condition, suffirait à l'activité d'un étudiant d'une autre discipline. Ils sont de plus soumis au surmenage exigé par la préparation des concours : conférences se succédant à la cadence de deux par semaine, ayant lieu tard le soir, durant environ quatre heures, exigeant un avant-travail très poussé. Les étudiants en médecine ajoutent à tout cela l'effort physique inhérent à la fréquentation des services hospitaliers, souvent éloignés où ils devront rester trois à quatre heures. Ils sont enfin exposés, dans des milieux malsains, et nombreux sont ceux qui contractent des maladies infectieuses au cours de leurs études. Mais c'est la tuberculose qui constitue le plus grand danger auquel peut succomber la santé d'un étudiant en médecine. Il est en contact étroit avec des bacillaires, et sa résistance amoindrie par un surmenage intellectuel et physique, amène l'éclosion de primo-infections et surinfections. Comparons par exemple, les pourcentages des cuti positives des étudiants en médecine à Bezançon en 1944-45 avec ceux de leurs camarades des autres Facultés. Nous trouvons qu'en moyenne 50 % des étudiants, quelle que soit leur discipline, ont une cuti-réaction positive, mais que 81 % des étudiants en médecine sont dans le même cas. Par contre, les étudiants en P.C.B. sont proches de la moyenne avec 52 %. C'est donc le fait d'être étudiant en médecine qui fait passer l'index allergique de 52 % à 81 %. Quant à la tuberculose-maladie, ses effets sont parallèles à ceux de la tuberculose-infection. Les statistiques du Sanatorium des Etudiants ont déjà depuis longtemps montré que l'effectif des étudiants en médecine y était le plus élevé (Thèse Gies, Paris 1945).

Une autre catégorie d'étudiants travaille dans de mauvaises conditions hygiéniques. Ce sont les étudiants des Beaux-Arts. Le Médecin-Directeur du Sanatorium des Etudiants le signale en ces termes : « Leurs locaux de travail sont presque toujours aussi défavorables que possible : insuffisamment grands, encombrés, peu aérés, malgré la grandeur suffisante de vitres, empoussiérées et enfumées. Ce sont les étudiants eux-mêmes qui sont chargés du nettoyage des locaux et de leur balayage ; on devine d'avance quel peut être le résultat de

cette méthode... Le système des « charrettes », est déplorable. De fait, les élèves négligent leurs projets pendant de longues semaines et travaillent ensuite 24 heures ou 48 heures à la file pour les réaliser. Il y a là un surmenage dont on n'a que peu d'exemples dans les autres disciplines. »

Il faudrait parler également des candidats à l'agrégation, des étudiants menant de front l'Ecole des Sciences Politiques et la Faculté de Droit, la Faculté des Sciences et divers Instituts, la Faculté des Lettres et la Faculté de Droit, etc... Ils fournissent tous un effort considérable au détriment possible et souvent vérifié de leur santé. Le Service de Médecine Préventive de l'Ecole des Sciences Politiques a montré par exemple que la morbidité tuberculeuse était plus élevée dans le groupe des élèves inscrits également à la Faculté de Droit.

4) La Pauvreté fréquente de l'Etudiant.

« *Pour ce que faible je me sens*
Tant plus de biens que de santé. »

L'étudiant est un travailleur sans salaire. Etudier, ce n'est pas un métier. Dans le cycle de l'activité économique, l'étudiant n'intervient que par ses dépenses. « Ce n'est pas un producteur. Son labeur n'a pas d'efficacité sociale immédiate. On le lui fait bien voir, puisqu'il ne peut en vivre » (J.-J. Ribas). Il faut, ou bien qu'il pourvoie lui-même à ses besoins, ou bien que quelqu'un d'autre, le plus souvent sa famille, subvienne à son entretien.

Dans le premier cas, nous trouvons nombre d'étudiants. Les uns donnent des leçons particulières, font des traductions, sont clercs, maîtres d'internat, etc... Tout cela ne les éloigne encore pas trop de leurs études. Mais songeons que d'autres doivent être veilleurs de nuit, plongeurs, ouvreurs de cinéma, portefaix, tourneurs, débardeurs, etc... (précisions obtenues par le dépouillement des fiches de médecine préventive de 1942-43). D'ailleurs, un tableau de notre sixième chapitre rend compte de la proportion considérable des étudiants qui, même boursiers, doivent travailler en dehors de leurs études. Que leur activité d'appoint soit manuelle ou intellectuelle, le surmenage guette ces étudiants et en fait des candidats à la tuberculose. La Médecine Préventive les aidera à ne pas abuser de leurs forces en attendant qu'une organisation rationnelle les dispense d'un tel effort.

Dans le second cas, remarquons qu'une minorité d'étudiants ont une famille capable de subvenir *complètement* à leur entretien. Le nombre d'étudiants pauvres s'accroît d'année en année. Les raisons en sont nombreuses : précarité des circonstances économiques, augmentation du coût de la vie, accession des classes peu aisées à l'enseignement supérieur sans qu'elles y soient vraiment aidées par des bourses qui ne sont qu'un prétexte à continuer des études et n'en peuvent être le moyen. L'étudiant pauvre est donc maintenant la règle. C'est lui qui cherchera un travail en dehors de ses études pour vivre ou bien qui se privera pour arriver à subsister en conjuguant la maigre pension paternelle avec ses termes de bourses. Réfléchissons sur cette simple phrase des Professeurs Parisot et Drouet dans leur rapport sur les conditions d'alimentation des étudiants de Nancy en 1937, année qui fut pourtant pour l'immense majorité des Français une année « sans restrictions ». « Un nombre important d'étudiants que nous évaluons à une centaine, ne prend qu'un repas par jour à midi, car le repas du soir, même à 3 fr. 30, est trop cher pour eux. » A notre époque, où les moyens financiers déterminent avant tout autre facteur l'hygiène alimentaire, cette constatation, faite en des temps heureux, prend un singulier relief.

La pauvreté conduira l'étudiant à louer une petite chambre mal aérée, mal éclairée, pas ou mal chauffée, et ces deux commensaux de la gêne : la sous-alimentation et le taudis pourront amener l'éclosion d'une bacillose. On voit quel peut être le rôle du dépistage à cet égard en attendant que les Services d'Hygiène Universitaire aient résolu complètement les problèmes du logement et de l'alimentation de l'étudiant quels que soient ses moyens de fortune. De toute façon, puisque l'étudiant modeste est la règle, il doit se persuader que la Médecine Préventive est vraiment sa propre médecine puisque c'est la moins coûteuse.

5) La Mentalité de l'Etudiant.

Nous avons déjà fait allusion à l'individualisme de l'étudiant lorsque nous avons montré son isolement. Peut-être n'est-ce là qu'une attitude, conséquence de cet isolement, et non la cause. Elle serait due alors à des circonstances extérieures et non plus psychologiques. Mais l'individualisme ne suffit pas à expliquer la mentalité de l'étu-

diant. C'en est un trait. D'autres existent. Nous avons tiré les conséquences médicales du premier, nous ferons de même des seconds.

D'abord l'étudiant est fier. Loin d'être suffisant ou vaniteux, il est fier parce qu'il a conscience de sa vocation. « On lui a assez dit qu'il constituait la future élite pour qu'il doute de l'être d'emblée. » Cependant il travaille à se rendre digne de ce beau rôle de serviteur du bien commun. C'est l'origine de sa fierté, refus de montrer aux autres ses faiblesses. S'il souffre, s'il peine, s'il lutte, vous ne vous en apercevrez que rarement. Il vous opposera toujours un extérieur correct et soigné. Le plus pauvre ne vous parlera jamais de sa misère. Les assistantes sociales universitaires le savent bien. Cela a son importance au point de vue médical, car la « misère dorée » est quand même la misère, qui peut entraîner la maladie.

L'étudiant a aussi l'esprit critique très aiguisé. Ce jugement prompt et sûr joue en faveur d'une organisation aussi sage et aussi nécessaire que celle du dépistage. Mais il faut prendre garde aux imperfections inhérentes à toute innovation. Elles peuvent donner lieu à des réflexes contraires et pour quelques faiblesses, compromettre le principe et la réputation de la Médecine Préventive. C'est pourquoi on doit s'attacher à en rendre le service aussi parfait que possible. Toute improvisation, tout laisser-aller seraient très mal jugés. Un fonctionnement impeccable aura par contre une grande force de propagande.

Remarquons surtout que l'étudiant est le type de l'être jeune dans l'univers de ses livres. Il est soucieux avant tout des travaux et adonné tout entier à une activité gratuite. C'est un rêveur qui vit des jeux de l'esprit. Bien souvent il est peu au fait de la réalité et son inexpérience lui est un sérieux handicap dans le « struggle for life ». N'est-ce pas pour cela qu'il a été et est encore trop souvent exploité par ceux qui le nourrissent, le logent, ou l'emploient, tout cela au détriment de sa santé. Ce détachement des contingences n'est peut-être qu'une affectation due à ce qu'il ne peut les vaincre et qu'il tient avant tout à conserver sa liberté d'esprit. Il faut s'attacher à faire prendre au sérieux par l'étudiant les difficultés matérielles de la vie et parmi elles la réalité et la possibilité de la maladie. Ce n'est pas parce qu'on sert Platon qu'on peut se dispenser d'Hippocrate.

L'étudiant a ensuite des préoccupations sociales. Il n'est pas encore de ceux qui jouent un rôle actif en ce domaine, mais il s'y prépare et a déjà choisi ou se prépare à choisir. Quel que soit son choix,

il s'est rendu compte que notre civilisation devenait « une immense mutuelle de mieux en mieux organisée ». La médecine n'échappe pas à cette évolution et la prévention en est la preuve. C'est pourquoi elle plaît aux étudiants à qui d'ailleurs tout effort novateur est sympathique. Attachons-nous donc à montrer que la prévention est une forme « jeune » de la médecine (voir notre avant-propos) et cela contribuera puissamment à son succès dans le milieu universitaire.

Enfin, fait d'expérience, l'étudiant est remarquablement éducable dans des activités qui ne sont pas à proprement parler intellectuelles. Il a fait par exemple d'étonnants progrès en matière d'hygiène et cela sous l'influence des examens de Médecine Préventive de ces dernières années. Il n'attend plus, pour consulter, d'être à l'extrême limite de ses forces, et les résultats obtenus par la prévention comme moyen d'éducation sanitaire sont extrêmement encourageants.

B) ÉTUDE D'ENSEMBLE DE LA VIE DE L'ÉTUDIANT ET DE SA PATHOLOGIE.

De l'étude analytique que nous venons de faire, découlent deux conclusions d'ensemble :

1) La Vie de l'Etudiant, Physiologie particulière

Les caractères que nous venons de passer en revue déterminent une existence bien spéciale dont nous allons brosser le tableau à grands traits :

a) *La Nourriture de l'Etudiant.*

Ayant insisté déjà sur l'acuité des restrictions subies par l'étudiant parce que « pauvre » et parce que « isolé », nous emprunterons les éléments de cette courte étude au rapport des professeurs Parisot et Drouet sur l'alimentation des étudiants de Nancy en 1937. De cette façon, nous n'utiliserons que des arguments vraiment spécifiques et dégagés de toute actualité. Il sera facile d'en aggraver les conclusions en considérant que ce qui laissait à désirer deux ans avant la guerre doit être bien davantage insuffisant à l'heure actuelle.

La Commission d'Experts-Physiologistes réunie en 1936 à Londres, sous la Présidence du Professeur Lapicque, avait admis que les

besoins d'un sujet normal sont, suivant l'activité physique, de 25 à 60 calories par kilogramme de poids et par jour. En considérant que l'activité minima de l'étudiant lui fait exiger 40 calories par kilog, que la moyenne de son poids oscille autour de 60 kilogs, sa ration alimentaire d'entretien s'établit aux environs de 2.400 calories. Ceci sans compter la ration de croissance que, comme tout être jeune, l'étudiant doit recevoir, et sans compter aussi la ration supplémentaire correspondant aux efforts physiques de certaines catégories d'étudiants dans leurs études (médecine) ou en dehors de leurs études (étudiants effectuant un travail manuel pour vivre).

Les professeurs Parisot et Drouet ont trouvé que le plus substantiel de tous les repas servis à Nancy en 1937 aux étudiants atteignait à peine 1.200 calories. Les deux repas donnaient donc à l'organisme les 2.400 calories nécessaires à son entretien. Le petit déjeuner pris assez irrégulièrement du reste ne pouvait suffire à assurer la ration de croissance et la ration de travail. Les plus favorisés parmi ces étudiants ne se nourrissaient par conséquent que d'une façon à peine suffisante. Et ces privilégiés étaient au nombre de 140 sur 880 obligés de prendre leurs repas en ville, soit à peine 16 %. Leurs autres camarades devaient se contenter de rations beaucoup moins élevées : le petit repas du restaurant universitaire par exemple fournissait à peine 1.000 calories. Remarquons que nous ne faisons pas intervenir la qualité des aliments. Son importance était encore plus méconnue que la notion de quantité. Circonstance aggravante et déjà signalée, la question pécuniaire empêchait le soir une centaine d'étudiants de dîner et faisait préférer à beaucoup le « petit repas » insuffisant, au « grand repas », juste équivalent à leurs besoins physiologiques. La conclusion évidente de cette enquête est la triste constatation qu'en une période d'abondance, 84 % des étudiants prenant leurs repas en dehors de leur famille étaient sous-alimentés. Sans doute avons-nous eu beaucoup moins à disposer sous l'occupation allemande que les 2.000 calories de la moindre des rations de Nancy. Mais est-ce une consolation et ne devons-nous pas réagir dès maintenant afin que les restrictions oubliées par le plus grand nombre n'existent plus que pour une minorité aussi intéressante que la communauté étudiante ?

Cette sous-alimentation, au point de vue médical, a de funestes conséquences. Elle fait apparaître, chez ces adolescents, des troubles de croissance, des états de carence, de l'anémie, des accidents diges-

tifs, et prédispose aux poussées évolutives de tuberculose. Peut-on mieux souligner l'importance d'une surveillance médicale de l'alimentation des étudiants et en attendant sa réalisation effective, n'est-ce pas pour ces jeunes gens une nouvelle raison d'adopter la médecine préventive ?

b) *Le Logement de l'Etudiant.*

C'est une question essentielle car l'étudiant ne travaille pas véritablement à la Faculté, à la Bibliothèque, aux Cours, ou au Laboratoire, mais dans la solitude sa chambre. Il n'aura pas seulement, comme un locataire normal, quelques heures à y perdre, sa journée finie. Il devra, au contraire, y passer la majeure partie de son temps. Et le procès de la chambre d'étudiant n'est plus à faire. Elle était l'objet, et malheureusement la pénurie des locaux permet de dire qu'elle est encore l'objet d'une véritable spéculation. On prend des mansardes ou des chambrettes sur cour, sombres et tristes, on les meuble de façon plus que sommaire, et elles deviennent des « chambres d'étudiants » louées 1.000 ou 1.200 francs par mois. Un étudiant a même couché dans une baignoire durant l'année scolaire 1944-45 à Paris, ainsi qu'a pu l'établir une enquête du service social universitaire. Sans doute faut-il voir là les conséquences d'une crise générale du logement et il est même courant à l'heure actuelle de voir des chambres habitées normalement par une seule personne, occupées par deux, trois ou quatre camarades. On ne niera pourtant pas que cette crise ne soit plus aiguë pour l'ensemble des étudiants dont les conditions d'habitation sont déjà déplorables en temps de paix.

On a cherché à les améliorer et deux progrès ont été réalisés à ce sujet : le premier a été la création des « cités universitaires » qui offrent à des prix raisonnables des chambres claires et spacieuses ; cependant l'étudiant leur préfère, nous l'avons déjà signalé, assez souvent sa liberté. De toute façon, les cités universitaires ne peuvent abriter toute la jeunesse des écoles. A Paris, pour 30.000 étudiants inscrits aux diverses Facultés, la Cité n'offrait en 1939, que 2.400 lits.

Un autre progrès a été de tenter le contrôle des chambres d'étudiants « libres ». Dès 1925, l'Association Générale des Etudiants de Lyon prenait l'initiative de signaler au Bureau d'Hygiène, les logements insalubres de certains de ses membres. En 1939, le Centre de Médecine Préventive de Nancy mettait au point, en accord avec les

Services d'Hygiène de la ville, un mode de surveillance sanitaire des chambres louées aux étudiants. Ce programme n'a pu être réalisé du fait de la guerre. Il pourrait servir de base à une législation générale.

Quelle conclusion tirer de cette rapide revue des conditions d'habitation de l'étudiant sinon son exiguïté et son insalubrité fréquentes ? Il devra en conséquence veiller à ce que sa santé ne s'en ressente pas. La Médecine Préventive l'y aidera.

c) *Les Distractions de l'Etudiant.*

Les images littéraires ont la vie dure et le café est le cadre commode où, classiquement, on représente l'étudiant à ses moments de loisirs. Il faut bien avouer qu'une partie de la jeunesse des Ecoles est dans ce cas. Mais c'est une minorité. Les traditions se perdent. Il n'y a que peu de cafés spécifiquement étudiants, du moins à Paris. Les rares qui subsistent ont une clientèle fidèle et il est superflu d'insister sur le retentissement fâcheux de l'alcool quand l'organisme est débilité par le surmenage intellectuel, physique ou sexuel. Ce sont d'ailleurs les étudiants des Beaux-Arts qui fréquentent surtout les cafés et quelqu'un qui les connaît bien a dit que leur tort était de « craindre beaucoup plus la soif que la faim ».

On pourrait paraphraser cette boutade et l'appliquer à la généralité des étudiants en disant qu'ils craignent beaucoup plus la faim de l'esprit que la faim du corps. Et combien pour une place au poulailler du Français ou de l'Athénée « sautent » un repas quand ce n'est pas deux. Ils sont animés des meilleures intentions du monde. Ils veulent se cultiver mais oublient que le grain meurt dans l'éther de l'esprit pur. Si nous insistons sur ce point, c'est que nous avons souvent constaté son rôle dans la sous-alimentation de certains étudiants devenus tuberculeux.

Ses distractions mêmes, doivent donc amener l'étudiant à accepter plus aisément qu'un autre le contrôle périodique de sa santé.

d) *Le Sport et l'Education Physique chez les Etudiants.*

Il est superflu de montrer combien l'éducation physique fortifiant l'organisme est nécessaire. Elle permet de se mieux défendre contre des infections redoutables telle la tuberculose. C'est ce qui a incité l'Union Nationale des Etudiants de France à fonder il y a déjà longtemps, l'Office du Sport Universitaire (O.S.U.) qui se propose d'améliorer la santé de l'étudiant par la pratique d'un sport désin-

téressé et contrôlé. De nombreux clubs universitaires ont déjà été créés dans cet esprit. Malheureusement, ils ne disposent pas toujours de terrains de sport ou de jeux particuliers, si bien que l'individualisme de certains de nos camarades les incite à n'y point entrer. Au grand dommage de leurs poumons. D'autres, au contraire, préfèrent l'entraînement intensif, les compétitions, les championnats aux séances sans records et sans performances extraordinaires des clubs de l'O.S.U. Au grand dommage de leur cœur ! Les uns comme les autres doivent se rendre compte de leur erreur. Ils recevront à ce sujet d'utiles conseils au cours de l'examen de médecine préventive.

e) *Les Vacances de l'Etudiant.*

L'atmosphère des grandes villes où se trouvent les Universités présente une diminution de la luminosité due à l'absorption des radiations lumineuses par toutes les impuretés de l'air : brouillards, fumées, gaz, poussières, etc... Une bonne partie des rayons ultraviolets est ainsi détournée et ne peut servir à la fixation du calcium et du phosphore organiques. Ainsi s'explique la plus grande fréquence de la tuberculose dans les agglomérations. D'autre part, le surmenage intellectuel associé au bruit, aux trépidations des centres urbains, peut amener de graves désordres nerveux. Autant de raisons pour inciter l'étudiant à partir en vacances.

Beaucoup n'ont pour cela qu'à rejoindre ou à suivre leur famille. Mais le facteur pécuniaire se retrouve là encore qui empêche un bon nombre d'aller « se décrasser les poumons ». On a fondé pour eux à Morsiglia, en Corse, une colonie universitaire. Mais elle s'est avérée insuffisante et en attendant que d'autres se fondent, que le mouvement des auberges de la jeunesse se développe, que des camps de vacances se multiplient à Noël, à Pâques, ou en été, on conviendra bien avec nous que la Médecine Préventive rendra service à ceux qui ne connaissent pas ou pas assez les douceurs de « l'exil aux champs ».

2) Les Maladies de l'Etudiant, Pathologie particulière.

Les mêmes caractères qui donnent à la vie de l'étudiant son relief, donnent à sa pathologie son individualité. Ce sont des maladies de « jeune », d' « isolé », de « pauvre » et de « laborieux ». Une maladie se rencontre dans chacun de ces cas : c'est la tuberculose.

a) *La Tuberculose, Maladie majeure de l'Etudiant.*

La tuberculose est la cause principale de la morbidité et de la mortalité de la jeunesse universitaire. Le premier, KATTENTIDT, de Munich, a rapporté à la Conférence Internationale des médecins attachés aux Universités, à Leysin, le 4 Juin 1933, des chiffres caractéristiques qui montrent que c'est à 21 ans, époque même des études universitaires, que se situe le sommet de la courbe de fréquence de l'endémie tuberculeuse suivant l'âge. D'autre part, les médecins militaires français JULLIEN, SIEUR et DUTREY ont trouvé en 1937, sur 148.000 soldats examinés au moment de l'incorporation, 550 cas (0,37 %) de lésions tuberculeuses entraînant la réforme définitive. Les tuberculeux se répartissaient comme suit :

1	tuberculeux sur	119 étudiants,
1	—	279 employés,
1	—	305 cultivateurs,
1	—	590 ouvriers d'usine.

Enfin PALMIERI, de Naples, a prouvé que 40 % des décès d'étudiants italiens étaient dus à la tuberculose. Le fait est donc international. La tuberculose est de loin le danger principal qui menace l'étudiant. Toutes les statistiques publiées par les Centres de Médecine Préventive le confirment. Nous examinerons plus attentivement le problème dans un autre chapitre. Donnons simplement un exemple qui nous semble caractéristique. A Lille, durant l'occupation 1940-44, et à peu près vers la même époque, deux dépistages dont la simultanéité n'a d'ailleurs pas été voulue, ont été effectués l'un parmi des ouvriers d'usine, l'autre au titre de la Médecine Préventive Universitaire. Le second a donné un pourcentage de malades dépistés trois fois plus élevé que le premier.

b) *Les Maladies Vénériennes chez l'Etudiant.*

Malgré l'active propagande prophylactique menée contre elles, le nombre des contagions vénériennes ne décroît pas dans une large mesure. Cela pour de multiples raisons que nous ne pouvons aborder ici. Notons simplement que la Médecine Préventive doit remédier à cet état de choses.

Elle devra obtenir des contaminés qu'ils s'adressent le plus ra-

pidement possible au service médical compétent et qu'ils suivent rigoureusement le traitement prescrit. Cela en raison de la négligence habituelle des malades et au fait que c'est à cette négligence que sont dues les formes graves de blennorragie, les formes tertiaires et quaternaires de la syphilis : le tabès, la paralysie générale.

En général, l'attitude de l'étudiant syphilitique est très contradictoire. Au début, il est prêt à subir les traitements les plus compliqués. Puis la crainte se dissipe et finalement le malade cesse d'obéir aux injonctions du médecin. Il est difficile de persuader un malade qui ne voit aucune lésion externe et qui se porte bien, de la nécessité de se soigner pendant des années. Aussi, l'influence morale du service de Médecine Préventive doit-elle être très importante sur l'étudiant afin qu'il suive régulièrement un traitement pendant 4 ou 5 années, complété par des analyses sérologiques du sang et du liquide céphalo-rachidien.

Quant à la blennorragie, elle ne reste pas localisée à un appareil. Elle peut envahir l'organisme tout entier. Les réactions sérologiques le démontrent. Il est donc capital de démontrer à l'étudiant malade qu'il ne faut pas négliger le traitement d'une blennorragie, dont il tire souvent gloriole, et qu'il ne s'agit pas là d'une infection passagère du canal de l'urêtre. Qu'on évoque devant lui les localisations aux articulations et au cœur et toutes les conséquences de la septicémie blennorragique.

c) *Les Maladies du Tube digestif.*

Les conditions d'alimentation des étudiants suffisent à expliquer pourquoi ils sont exposés aux troubles les plus divers de l'appareil gastro-intestinal : maladies infectieuses, fièvre typhoïde, gastrite chronique, digestion pénible, acidité, pesanteur d'estomac, vomissements, constipation, entérite. Ces troubles ont une facile tendance à la chronicité et le Service de Médecine Préventive, par la surveillance des restaurants universitaires, comme par les conseils qu'il donnera au cours de l'examen prophylactique, se devra d'attirer l'attention des étudiants sur ce fait.

d) *Autres Affections.*

Signalons la très grande fréquence (25 %) des troubles menstruels importants chez les étudiantes.

Remarquons aussi le grand nombre de cas d'anémies diverses dans les statistiques médicales universitaires.

Les maladies particulières à l'étudiant sont redoutables autant dans le présent que pour l'avenir. On ne saurait mieux établir la nécessité de l'examen médical préventif.

IV. — Avantages Collectifs de la Médecine Préventive Universitaire

La médecine préventive universitaire, en protégeant l'étudiant individuellement, rend non seulement service aux étudiants dans leur ensemble, mais aussi à la collectivité toute entière.

Nous avons en effet assez insisté déjà sur la nécessité de conserver à notre pays la quantité d'hommes qui lui est nécessaire pour nous permettre maintenant de faire remarquer la qualité des existences conservées par les services de prévention de l'Enseignement Supérieur. Une nation n'a jamais trop d'élites et c'est peut-être le plus beau des titres de la Médecine Préventive Universitaire que de vouloir préserver les meilleurs. Songeons au capital intellectuel inestimable qu'une telle institution sauvegarde. Evoquons les futurs savants, les futurs lettrés, les futurs médecins, les futurs artistes qu'elle protège. Pensons à leur avenir, à leurs créations, à leurs découvertes dont l'épanouissement sera rendu possible par le contrôle attentif de leur santé d'adolescents. Les exemples illustres abondent de morts prématurées de grands hommes. Leur disparition a privé l'humanité d'un enrichissement considérable. C'est une perte semblable qu'évitera dans la mesure du possible la Médecine Préventive Universitaire.

Tableau des grands hommes présumés tuberculeux et morts très jeunes

Mozart, Watteau, Chopin, Hoche, Abel, Laennec, Fresnel, Keats, Du Bellay, Molière, et probablement Hertz

Tableau des femmes célèbres présumées tuberculeuses et mortes très jeunes

Emily Brontë, Maria Baskirtcheff, Sainte-Thérèse de Lisieux, Katherine Mansfield, et probablement Henriette d'Angleterre.

Enfin, le dernier et non le moindre avantage de la Médecine Pré-

ventive Universitaire est qu'elle donne un salutaire exemple à la collectivité. Que l'élite intellectuelle s'intéresse à une initiative quelconque, et il est rare qu'elle ne soit imitée. Il suffit donc qu'elle adopte la prévention pour entraîner un mouvement général en sa faveur. Les étudiants y aideront d'autant mieux qu'une fois sortis de l'Université et devenus des éléments sociaux capables d'influence et d'action, ils pourront et devront, étant suffisamment éclairés, répandre à leur tour et mettre en pratique d'excellentes habitudes et de solides principes d'hygiène et de protection sanitaire.

Chapitre II

HISTORIQUE

« Car l'exemple est éternel et les ondes de son influence vont en s'étendant jusqu'à l'infini. »

T. E. Lawrence.

L'idée de prévention est semblable au grain de blé découvert au fond d'une hypogée et qui germa au bout de trois mille ans.

Issue des superstitions primitives, elle inspire tour à tour la sagesse hindoue et par là certaines méditations de Gandhi, la tradition chinoise qui veut d'un médecin soit payé durant la santé et non durant la maladie, la littérature antique, Virgile, Ovide et Cicéron et, plus près de nous, maints auteurs de la Renaissance et du XVIII[e] siècle.

Mais jamais cette tendance n'avait reçu d'épanouissement rationnel. Le contraste est même saisissant entre la permanence historique de l'idée et la relative nouveauté du fait.

Il faut attendre le XIX[e] siècle pour qu'une compagnie d'assurances américaine organise la première série « d'examens périodiques de personnes saines » et 1826 demeure une date importante de l'Histoire de la Médecine. Les rapports traditionnels du médecin et de son client en sont transformés. On ne demande plus au premier de définir chez le second la maladie, mais la santé, ce qui est beaucoup plus difficile. Notons en passant que la première réalisation d'un idéal chanté par les plus grands poètes n'a pas pour origine le geste d'un philanthrope ou la curiosité d'un savant mais l'intérêt d'une association de financiers.

Quoi qu'il en soit, la Prévention, comme beaucoup d'idées, fit fortune aux Etats-Unis. Elle suscita la création du « Life Extension Institute » dont le plus évident mérite fut d'abaisser de 50 % les tables de mortalité de sa clientèle. De telles preuves de son efficacité la firent adopter, en particulier par de très nombreux centres universitaires.

La France s'intéressa rapidement à la Médecine Préventive. C'est

ainsi que dès 1901 se fondait à l'Assistance Publique de Paris un « service de contrôle médical », embryon du service de médecine préventive actuel. Il faut attendre cependant la fin du premier conflit mondial pour voir la Prévention prendre un complet développement et chez nous, comme aux U.S.A., ce furent les Universités qui donnèrent l'exemple.

I. — LES PRECURSEURS : NANCY, STRASBOURG

A la différence de ce que nous avons remarqué à propos de la naissance outre-atlantique du premier « contrôle périodique des personnes saines », ce sont des savants et un philanthrope que nous trouvons à l'origine des premiers centres de médecine préventive universitaire.

En 1928, en effet, le doyen Spielmann et le professeur Parisot de Nancy envisageaient la création d'une « organisation médico-sociale en vue de la protection de la santé des étudiants, organisation comparable à celles dont peuvent bénéficier les élèves de certaines universités étrangères »... Leur élève, le Docteur Jacquet, consacrait sa thèse à l'exposition de ce projet et, élargissant la question, écrivait un véritable « Essai sur l'Hygiène Universitaire ».

Malheureusement des difficultés financières entravèrent la création du Centre qui aurait permis à l'Université de Nancy d'être la première en France à s'engager dans une voie aussi neuve et aussi nécessaire.

C'est à l'Université de Strasbourg que revient cet honneur. En 1929, un philanthrope alsacien, Albert Kahn, lui fournit les moyens de réaliser le premier centre français de médecine préventive dont la direction fut confiée au professeur Vaucher.

Une fondation, encore unique en France, prédestinait d'ailleurs Strasbourg à prendre la tête du mouvement médico-social universitaire. Il s'agit de la Caisse d'Assurance-maladie, déjà fort ancienne puisqu'elle a soixante-treize ans d'activité et à laquelle tous les étudints sont assujettis. Moyennant une prime infime, ils sont défrayés en cas de maladie de leurs dépenses médicales et même d'une partie de leur entretien au sanatorium. Un telle organisation, associée à d'opportunes libéralités, permettait à la nouvelle institution préven-

tive un fonctionnement immédiat dans les cliniques de la Faculté de Médecine. Son action bienfaisante se fit bientôt sentir.

Cependant, l'Université de Nancy trouvait les crédits qui lui avaient manqués en 1928 et pouvait inaugurer en Novembre 1932, le bâtiment construit spécialement à l'intention de son centre de Médecine Préventive. Strasbourg avait d'ailleurs perfectionné le sien en ouvrant à ses étudiants, quelques mois auparavant, une polyclinique qui leur était spécialement réservée.

Deux Universités novatrices réalisaient ainsi un premier et excellent type du centre de Prévention, le centre universitaire autonome qui veille sur la santé de l'étudiant par ses moyens propres ; celui-ci y trouve la preuve tangible de l'intérêt qu'on lui porte. Il s'y sent chez lui et c'est pourquoi la fréquentation spontanée en est plus importante. L'inconvénient d'un tel centre est d'être de création et de fonctionnement onéreux. Nous avons vu comment la question financière avait été résolue à Strasbourg. Ce sont des subventions qui l'ont aplanie à Nancy ; ces subventions ne constituaient qu'une mise en route. Il fallait prévoir une organisation telle que cet élan ne s'arrêtât point. C'est pourquoi dans la véritable expérience de Médecine Préventive réalisée de 1929 à 1935 par nos deux Universités de l'Est, Strasbourg délivré, en faible partie du reste, par de sages institutions antérieures, des soucis matériels qui assaillaient Nancy, pouvait se consacrer à l'aspect purement médical du problème, tandis que l'Université lorraine devait en considérer plus particulièrement l'aspect social. Par ses résultats, l'une montrait pourquoi, par son organisation, l'autre montrait comment, l'Université de France tout entière devait utiliser la Prévention.

1° Expérience de Strasbourg (1929-1935)

L'examen annuel pratiqué pendant le premier semestre de cinq années consécutives comportait un minimum de deux séances. La première était consacrée aux examens dentaires, ophtalmologique et oto-rhino-laryngologique. La deuxième était réservée aux investigations suivantes : relevé des antécédents héréditaires et personnels, mensurations diverses (taille, poids), pouls, tension artérielle, examen des urines, radioscopie du thorax, examens cliniques des divers appareils. On voit quel bilan complet cela représente.

L'utilité n'en pouvait échapper aux étudiants, qu'une propagande bien faite amenait en grand nombre au centre. On ne convoquait d'ailleurs que les boursiers et les étudiants s'inscrivant pour la première fois à l'Université. Pour tous, les examens médicaux conservaient un caractère essentiellement facultatif.

De 1929 à 1935, 1.571 étudiants les ont subis d'une façon complète et les différents spécialistes ont relevé :

Pneumologie.

1° 39 cas de tuberculose pulmonaire en évolution, soit 2,57 % — 29 étudiants ignoraient leur maladie — Toutes mesures utiles ont été prises en vue de leur traitement et la plupart ont guéri ou se sont stabilisés rapidement.

2° 328 cas de lésions probablement cicatricielles des poumons, de la plèvre et de la région hilaire. La radioscopie ayant montré, à propos de certains, son insuffisance, plusieurs radiographies ont été pratiquées. L'ensemble de ces jeunes gens, soit 19,63 % du total des examinés, a reçu le conseil de se faire suivre médicalement de façon régulière.

3° L'épreuve de von Pirquet a déterminé l'index allergique de la façon suivante :

70 % de cutis positives,

30 % de cutis négatives.

Le grand nombre de sujets non allergiques a permis d'intéressantes constatations au sujet de la primo-infection chez l'adulte. Tantôt elle provoque une tuberculose caséeuse aiguë, rapidement mortelle (cas d'élèves de l'Ecole d'Infirmières), tantôt, et c'est l'heureuse majorité, aucun symptôme clinique ne traduit le début de l'infection tuberculeuse. Une troisième forme clinique se traduit par une période fébrile, plus ou moins prolongée, sans aucune localisation. On parle de grippe, d'infection intestinale, parce qu'on ne peut mettre une étiquette précise sur l'affection. Au bout d'un certain temps apparaissent des signes plus précis : tuméfaction ganglionnaire, symptômes de pleurésie sèche ou séro-fibrineuse, érythème noueux dont la valeur diagnostique est capitale. Enfin la première manifestation tuberculeuse est parfois une pleurésie séro-fibrineuse lymphocytaire banale.

Cardiologie.

On a observé dans le même temps :

21 lésions valvulaires confirmées dont 3 méconnues,

100 cas d'augmentation de volume du cœur,

20 cas d'hypertension artérielle.

On est frappé par le grand nombre de cœurs augmentés de volume. Tous ces sujets n'étaient pas des sportifs et la plupart n'avaient aucun passé cardiaque ; 39 ont légitimé une surveillance.

Autres résultats :

a) *Tube digestif.*

43 cas de troubles appendiculaires dont 23 méconnus.

4 cas d'ulcères duodénaux ou gastriques, dont 2 méconnus.

b) *Reins.*

48 cas d'albuminurie, tous méconnus, de nature ortho-statique pour la plupart.

c) *Glandes endocrines.*

78 cas d'affection thyroïdienne dont 1 cas de maladie de Basedow décelée.

d) *Etat dentaire.*

Sur 761 étudiants examinés :

130 bouches en bon état,

626 présentaient des lésions dentaires à des degrés divers, 56 seulement étaient en traitement.

e) *Etat oculaire.*

759 étudiants examinés :

204 cas normaux,

399 cas de vices de réfraction méconnus dans 241 cas, mal corrigés dans 49.

En outre, 35 cas de daltonisme ont été décelés.

Ce simple énoncé des résultats de Strasbourg, démontrait l'in-

térêt des examens médicaux préventifs et légitimait leur extension aux autres étudiants français.

2° Expérience de Nancy

Elle a donné un exemple d'organisation et de fonctionnement.

Le centre a pu être fondé grâce à des subventions des Ministères de la Santé Publique et de l'Instruction Publique. Il est rattaché à l'Office d'Hygiène Sociale de Meurthe-et-Moselle qui en assure la gestion administrative et financière sous le contrôle du Conseil de l'Université. es moyens de fonctionnement sont fournis :

1° par une cotisation annuelle de dix francs versée par les étudiants au moment de leur première inscription de l'année.

2° par des subventions de l'Université et de l'Office d'Hygiène Sociale.

Le centre de Médecine Préventive a été construit sur le même terrain que l'Institut d'Hygiène et est installé dans un immeuble à son usage dont les locaux se répartissent de la façon suivante :

1° A l'entrée : conciergerie, vestiaire, installation sanitaire,

2° Une salle d'attente avec affiches murales de propagande et tracts d'hygiène,

3° Une salle avec 4 déshabilloirs,

4° Le bureau des fichiers (dossiers sanitaires, individuels, classés par Facultés avec numéros d'ordre et répertoire assurant la discrétion indispensable),

5° Une salle de consultation,

6° Une salle de radioscopie,

7° Une salle d'examens spéciaux,

8° Une salle de pansements.

Le centre s'est proposé pour buts : non seulement le contrôle et la surveillance de la santé des étudiants par un examen médical au début des études et renouvelé tous les ans (progrès sur Strasbourg qui ne renouvelait pas systématiquement l'examen), mais encore l'octroi de conseils médicaux, de soins et le placement dans les Etablissements de Cure, ainsi que l'Education et la Propagande en matière

d'Hygiène et de Protection contre les maladies (tuberculose, maladies vénériennes).

Les soins sont donnés :

1° aux consultations du Centre (deux séances par semaine),

2° par des visites à domicile, dans certaines conditions.

3° par envoi dans des centres spécialisés, permettant une mise en observation plus ou moins longue, des examens spéciaux, l'application de méthodes de diagnostic particulières.

Un exemple concret, tel est surtout l'intérêt de l'expérience de Nancy.

3° Autres expériences et conclusion

Sans revêtir l'ampleur qu'elle avait à Nancy et à Strasbourg, la mise en pratique de la Médecine Préventive fut l'objet de l'attention précoce de diverses Universités.

C'est ainsi qu'en 1932, le Docteur Pélissier organisait des visites de dépistage à la Cité Universitaire de Paris, que le Colonel Sieur rendait obligatoire à Rennes, pour les aspirants au Brevet de Préparation Militaire, un examen prophylactique, que le Professeur Leuret, à Bordeaux, conviait les étudiants doutant de leur santé à sa consultation hospitalière.

Les professeurs de pathologie médicale de Toulouse et de Caen adressaient la même invitation aux élèves de leur Université. Mais c'est surtout Besançon qui fournissait le plus gros effort. Un centre de prévention universitaire était créé dans cette ville dès 1932, et fonctionne régulièrement depuis cette date. Il est le seul exemple qu'on puisse donner de l'imitation directe des expériences de Strasbourg et Nancy. Toutes les autres initiatives n'étaient que des tentatives individuelles, sporadiques et sans appui financier. Elles étaient le fait d'hommes de bonne volonté mais non celui d'un mouvement général en faveur de la Prévention, qui serait ainsi restée une « belle expérience », mais une expérience quand même. Elle n'aurait pas été généralisée de sitôt. Un élément décisif intervint qui allait en assurer l'extension : ce facteur essentiel est le Sanatorium des Etudiants et sa direction médicale. Il jouera un rôle déterminant dans tout le reste de l'Histoire de la Médecine Préventive .

II. — PERIODE D'EXTENSION (1935-1942)

A) Phase d'initiative privée

Depuis 1933, en effet, fonctionnait le sanatorium des étudiants à St-Hilaire-du-Touvet. Et l'on s'y était vite rendu compte que trop souvent les malades arrivaient très gravement atteints. Ils n'avaient consulté qu'à bout de forces et la maladie avait eu tout le loisir d'exercer ses ravages dans leur organisme. Reconnus tuberculeux, quelques mois plus tôt, ils auraient pu guérir. Envoyés en cure aussi tard, ce n'était plus possible. Et les tombes du petit cimetière de montagne parlèrent plus éloquemment que les communications aux sociétés scientifiques des résultats de telle ou telle expérience de prévention. Un enseignement se dégageait de tant d'épreuves. Il fallait examiner systématiquement les étudiants, déceler par des moyens efficaces les cas suspects et les traiter aussitôt, en un mot faire du dépistage. Les autorités universitaires et les associations d'étudiants le comprirent fort bien et l'on assista en 1935 à une floraison de centres de médecine préventive à peu près dans toute la France. Sans doute était-ce le résultat d'une plus juste appréciation des dangers qui menaçaient la jeunesse universitaire, mais c'était surtout celui des démarches et des efforts incessants du Sanatorium des Etudiants dont le secrétariat permanent à Paris créait un « centre de documentation des Offices universitaires d'Hygiène sociale » et obtenait du Comité national de défense contre la tuberculose, près de cinquante mille francs de subvention.

Ainsi la direction du sanatorium ne se contentait-elle pas d'avoir mis en évidence le mal et d'en avoir indiqué le remède, mais encore elle agissait pour l'application rapide de ce qu'elle préconisait. Ce souci constant d'efficacité n'est pas une des moindres causes du développement de la médecine préventive sous son action, et c'est pourquoi à Paris, à la rentrée de Novembre 1935, une consultation de médecine préventive fut créée en faveur de tous les étudiants. La visite se passait à l'hôpital Laënnec, grâce à une organisation mise techniquement au point par le Docteur Rist, puis dirigée par le professeur Troisier. On y pratiquait les examens cliniques, radiologiques et bactériologiques. Les étudiants en médecine surtout la fréquentaient.

Certains centres d'enseignement supérieur ou secondaire organi-

saient aussi des centres de Prévention. Ainsi mon maître, le professeur Gastinel, en organisait-il un au collège Chaptal et plusieurs tuberculeux méconnus purent ainsi être envoyés à St-Hilaire.

Enfin, la Société des Amis de l'Université créait un fonds de secours pour aider les étudiants pauvres et malades.

A Lyon, le centre de médecine préventive fut créé également en 1935. Il a été organisé par la commission de médecine préventive du « Comité de patronage en faveur des étudiants », et ses locaux furent installés à l'Institut d'Hygiène de la Faculté de Médecine. C'est là que les étudiants subissaient l'examen clinique tandis que l'examen radioscopique était pratiqué dans le service de clinique de la tuberculose. En 1935-1936, sur 71 étudiants examinés, étudiants de première année de médecine, 4 étaient tuberculeux. Devant ce résultat, en 1936-1937, on étendit le bénéfice de la visite prophylactique aux étudiants de permière année de toutes facultés.

A Lille, le centre de médecine préventive fut créé en 1935 à la clinique médicale de la Charité. En 1935-1936, 129 étudiants de diverses disciplines le fréquentèrent. 28 furent reconnus atteints d'affection pulmonaire, ce qui justifiait la diligence apportée à la fondation du centre.

Le centre de Bordeaux fut officiellement créé en 1935 et placé sous la direction du professeur Leuret.

Même date de création pour celui de Poitiers, qui fut mis sous la direction du docteur Veluet, directeur de l'Ecole de Médecine.

Tandis qu'à Toulouse, le principe en était seulement adopté en 1935, Montpellier fondait son centre en 1936.

Quant au Service de Grenoble, il date de 1937. Le principe en avait d'ailleurs été adopté en 1936. Seuls les étudiants de première année de Faculté et d'instituts étaient convoqués et l'examen ne comportait qu'une radioscopie et l'établissement d'une fiche médicale générale. Voici comment s'établissait en 1937 le budget de ce centre :

25 séances à 120 fr. (médecin : 100 fr., p. hospitalier : 20 frs)	3.000 »
Matériel, fichiers, fiches, affiches	1.500 »
Provision de fiches radiographiques	500 »
	5.000 »

montant de la subvention allouée, et il y avait 2.200 étudiants inscrits à l'Université. Ce budget est vraiment historique.

Quelle conclusion tirer de cette première phase, sinon que de grands progrès avaient été accomplis mais restaient insuffisants. Beaucoup d'Universités accueillaient la Prévention avec faveur et la mettaient en pratique, mais d'autres ne s'y intéressaient pas et, pour celles qui l'adoptaient, elle restait, par la force des choses, une institution d'importance secondaire, apparaissant un peu comme « une bonne œuvre » ressortissant à des « comités de patronage ». Elle n'était pas mise au premier rang des préoccupations, qu'elle aurait dû, au contraire, dominer. C'est que son intérêt n'était pas officiellement reconnu, il lui manquait une « déclaration d'intérêt public ». Le ministre Jean Zay allait la lui donner.

B) 2e Phase : Les pouvoirs publics s'intéressent a la Médecine Préventive Universitaire (1938)

Cette consécration d'efforts de cinq ans, prélude à de nombreux progrès, survenait en 1938 sous la forme d'un décret pris le 17 Juin, et c'est le sanatorium des Etudiants, appuyé par le Comité des Œuvres sociales en faveur des étudiants, créé en 1936, qui est à l'origine de cet événement. Tandis que le Comité supérieur des œuvres sociales en faveur des Etudiants agissait auprès du Ministre de l'Education Nationale Jean Zay, le Sanatorium, fondation de l'Union Nationale des Etudiants de France, demandait à celle-ci de l'aider.

On trouve dans les « Mémoires » de Jean Zay, dont nous avons la rare fortune de pouvoir donner des extraits avant même qu'ils soient édités, le reflet du souci qu'il eut, sur les conseils de son chef de cabinet, M. Rosier, secrétaire général du comité supérieur, de doter la jeunesse universitaire française d'une arme efficace contre la maladie. Jean Zay écrit en 1942 :

« On peut dire que de 1936 à 1939 le Ministère de l'Education Nationale s'ouvrit largement aux étudiants, collaborant directement et amicalement avec eux. Une vigoureuse impulsion fut donnée à toutes leurs œuvres sociales... Quant au Sanatorium des Etudiants, quels ravages la tuberculose ne faisait-elle pas dans la jeunesse intellectuelle ? Ses moyens furent accrus... La médecine préventive n'était d'ailleurs qu'un des éléments d'une politique générale des

étudiants à laquelle on s'attache comme à une préoccupation essentielle. »

Le Docteur Douady et M. Rosier, d'autre part, fournissaient au congrès des étudiants de Nice, en Avril 1938, un rapport fortement documenté mettant en relief ce qui avait été fait et surtout ce qui restait à faire en matière de médecine préventive universitaire. Ils surent convaincre les congressistes puisqu'une des principales motions votées à ce congrès réclamait du Gouvernement « qu'il institue un service de Médecine Préventive auprès de chaque Université... grâce à un droit qui ne devait plus excéder 50 francs par an ».

Ainsi du côté ministériel comme du côté des étudiants, tout concourait à satisfaire les légitimes suggestions des dirigeants du Sanatorium de St-Hilaire.

Le résultat de cet accord fut le décret de Juin 1938 « mesure de salut en faveur des étudiants de France » (Jean Zay).

Il instituait le principe d'un service de contrôle médical en faveur des étudiants et autorisait les universités à créer un droit annuel dont le produit serait affecté aux œuvres universitaires en faveur des étudiants.

C'était là une manifestation de grande importance théorique mais bien timide encore en pratique. On laissait à des textes ultérieurs le soin de préciser de quel montant serait le droit, sur qui exactement il serait perçu, et quels seraient les étudiants qui seraient soumis à l'examen médical de contrôle. Si le bénéfice immédiat que la médecine préventive retira de ce décret fut mince dans le domaine pratique, par contre, il fut très grand au point de vue moral et la Prévention quittait les comités universitaires pour entrer dans les « Conseils des Universités ».

Remarquons qu'il n'imposait pas l'obligation juridiquement discutée. Les uns disaient que l'inscription dans une faculté n'est pas comparable à l'admission à une carrière officielle ou privée. L'Etat ou le patron ont le droit d'exiger certaines conditions de santé de la part de leur personnel. Tandis que les études sont libres et doivent rester accessibles à tous sans distinction d'aucune sorte. Ils disaient encore que si l'on décèle des lésions de tuberculose au début chez un étudiant, il ne semble pas qu'on ait le droit de lui interdire l'accès de la Faculté. Le tuberculeux n'est pas un paria, ce peut être quelqu'un de remarquable. Avec ce système, la médecine aurait été privée

d'Ehrlich ou de Laënnec, les mathématiques d'Abel, la physique de Fresnel.

A cela les partisans de l'obligation répondaient que l'intérêt supérieur de la collectivité exigeant bien, par exemple, la vaccination contre la variole, on admettait que la loi s'impose. Pourquoi ne pas admettre alors qu'on se défende par le moyen adéquat : le dépistage, contre ce plus redoutable fléau qu'est la tuberculose. Ils disaient aussi qu'il est parfois nécessaire de défendre les individus contre eux-mêmes, contre une insouciance coupable, dont ils seraient les premières victimes, puisque les lésions minimes et guérissables négligées deviennent graves ou incurables. Ils disaient enfin que tout étudiant a le devoir d'être informé de sa santé, afin qu'il juge si elle est en rapport avec les études qu'il poursuit.

Partisans et adversaires de l'obligation n'étaient pas départagés par le décret du 17 Juin 1938, et l'on cherchait des moyens indirects d'amener aux centres de médecine préventive, maintenant officiellement créés et reconnus, ceux des étudiants qui ne montraient que peu d'empressement à y venir. On proposait de leur interdire l'accès des organisations d'entr'aide ou des organisations sportives. C'était de l'obligation déguisée. Aussi bien, devant certaines statistiques de fréquentation fort éloquentes, celles de Toulouse par exemple, se décidait-on peu à peu à envisager plus favorablement l'obligation pure et simple. D'ailleurs, si la santé des étudiants était à cette époque, comme aujourd'hui, importante à surveiller, il n'en est pas moins vrai que la santé publique générale excellente rendait l'obligation moins urgente à instituer.

En attendant, et en application du second paragraphe de l'article premier du Décret du 17 Juin 1938, paraissait le Décret du 2 Mai 1939. Il décidait que le droit annuel serait de 40 francs et qu'il était exigible de tous les étudiants de l'enseignement supérieur. Son produit devait d'abord assurer les frais du service de contrôle médical avant d'être affecté aux autres œuvres sociales en faveur des étudiants. Ce décret assurait une base financière solide à la médecine préventive de chaque université et devait entraîner, malgré la guerre, la création de nouveaux centres et l'extension de ceux qui existaient déjà. En 1940 à Caen, en 1941 à Rouen, Lille, Clermont, en 1942 Paris, Toulouse, Bordeaux. En 1942-43 Dijon. En 1944 Alger. La prévention étendait son influence et ses bienfaits. Cependant les différents services fonctionnaient de façon autonome et n'avaient de commun que

l'identité de leurs ressources. De plus, ils souffraient d'une crise de fréquentation grave. Le pourcentage des étudiants examinés par rapport aux étudiants inscrits variait entre 0,25 % (Toulouse) et 30 %, chiffre maximum à Caen. Pour Poitiers, on relève le chiffre de 3 %, pour Nancy 20 %. Les causes d'un tel état de choses résidaient, d'une part, dans une incompréhension due à une mauvaise information et, d'autre part, dans une certaine nonchalance due à cet optimisme foncier de la jeunesse qui ne croit la maladie possible que lorsqu'elle est là. Cependant, quels services un centre de médecine préventive ne pouvait-il rendre à ces jeunes gens. Nous l'avons vu déjà à Strasbourg. Le centre de Grenoble, par exemple, en est une nouvelle preuve. Son cas est très particulier. Situé près du Sanatorium des Etudiants, il devait bénéficier d'une organisation parfaitement étudiée, puisque mise au point par la direction médicale de cet établissement, origine de toute l'action entreprise en faveur de la prévention. Le centre de Grenoble apparut en effet comme le modèle du genre.

Les résultats :

1936-1937 :	9	tuberculeux dépistés,	soit 2 %
1937-1938 :	3	»	soit 0,8 %
1938-1939 :	6	»	soit 0,9 %

d'habitude, on ne relève que 0,2 %.

Et c'était une période de début avec ses difficultés inévitables. Pendant ces trois années, seuls furent examinés les étudiants de première année des diverses facultés. Les examens étaient essentiellement orientés vers la prophylaxie de la tuberculose.

A partir de 1940, tous les étudiants de l'Université furent convoqués. Les examens devinrent aussi complets que possible et l'Université engagea une assistante sociale. C'est la première assistante sociale de médecine préventive universitaire de France. Le fait vaut d'être signalé, car il est significatif de l'importance que prenait peu à peu la prévention. L'extension de l'examen préventif aux autres appareils décela la relative fréquence des albuminuries et des troubles menstruels. Elle permit de dépister plusieurs cardiopathies. Au total, pour 1940-1941, le taux des affections diverses était de 5 %, chiffre non négligeable, qui rend compte encore de l'utilité de la prévention.

Le désaccord était donc flagrant entre l'efficacité de la Médecine Préventive et sa fréquentation. Une conclusion s'en dégageait : l'obligation.

III. — PERIODE D'OBLIGATION (1942-1945)

Les actes dits loi et décret du 3 Août 1942 ont précisé que le contrôle médical institué par le décret du 17 Juin 1938 est obligatoire pour les étudiants âgés de moins de trente ans. Cette institution de l'obligation reconnaît quatre causes :

1) Efficacité reconnue de la médecine préventive. L'exemple de Grenoble est convainquant.

2) La fréquentation insuffisante des centres.

3) Le danger grandissant de la tuberculose, conséquence des événements.

4) La volonté du Gouvernement d'alors de ne pas être en reste avec les efforts des gouvernements précédents. C'est ce contre quoi s'insurge Jean Zay, quand il écrit dans ses Mémoires : « Voici qu'on découvre la médecine préventive des étudiants. Les journaux d'hier annoncent « qu'elle fait son entrée dans nos facultés ». Un décret rend obligatoire l'examen préventif des étudiants et crée un service de M.P.U... Puisse-t-on développer et au moins conserver ce qui existait déjà, car le décret qui vient de paraître ne fait que reproduire presque exactement le texte de notre décret-loi de 1938. »

Il faut avouer en effet que cette loi n'était en somme qu'un décret d'application du texte de Juin 1938. Le décret du 3 Août 1942, puisque obligation dit sanction, prévoyait pour ceux qui refuseraient de se soumettre à la visite préventive, l'interdiction de se présenter aux examens de faculté, et le décret du 16 Juillet 1942 précisait le but de cet examen médical imposé : « éclairer chaque étudiant sur son état de santé sans qu'en aucun cas il puisse avoir pour conséquence d'exclure l'étudiant de l'université ».

Ainsi pense-t-on, la M.P.U. était dotée d'énergiques moyens d'action ; elle allait pouvoir donner sa pleine mesure. Cependant, deux motifs existaient qui minimisaient la portée de dispositions en apparence si favorables. D'abord, nous l'avons déjà noté, aucune unité n'existait dans le service de M.P. à l'échelon national. C'était là une cause de tâtonnements, de diversités et parfois d'insuffisances dans les méthodes et l'organisation, de confusion surtout dans la comparaison des résultats. D'autre part, l'obligation ne fut respectée que dans la mesure où les centres de médecine préventive voulurent bien l'exiger et les diverses facultés la sanctionner. En fait, les circonstances furent souvent telles qu'elles empêchèrent qu'on respectât la

règle. En particulier pour les non résidents. Seuls les étudiants ayant compris la nécessité de l'examen s'y soumirent. Tous ne s'y prêtèrent pas. En quelques endroits, leur naturelle insouciance les détournait de sages précautions. Remarquons que cet état de choses était la conséquence de ce manque d'unité dont nous avons déjà vu les autres inconvénients. Un organisme central aurait veillé au respect absolu de la loi. Un projet d'arrêté, soumis en 1943 à la signature ministérielle et tendant à créer un « comité de coordination » fut refusé malgré son grand intérêt. Et la médecine préventive n'eut de lien que celui que voulurent bien nouer les représentants des différents services universitaires de Prévention en une réunion annuelle tenue à Paris en 1943-1944-1945. L'initiative d'une liaison aussi souhaitable revient à la section médico-sociale du Comité supérieur des Œuvres, c'est-à-dire au Sanatorium des Etudiants, dont on retrouve là encore l'action bienfaisante. Aussi un peu d'unité spontanée remédiait-elle aux lacunes de la législation. Le premier échange de vues eut lieu à Paris, au siège du comité supérieur des œuvres en faveur des étudiants, rue de Bellechasse, sous la présidence de Monsieur le Docteur Rist, membre de l'Académie de Médecine, le 17 Juin 1943, date anniversaire du premier décret sur la médecine préventive. Ce n'était qu'une réunion privée d'études et d'informations ». Cinq universités seulement y participaient. Plusieurs problèmes d'organisation et de méthodes y furent débattus. Au point de vue administratif : locaux, matériel radiologique, convocations des étudiants, fréquentation. Au point de vue médical : personnel médical et auxiliaire, technique des examens, critères d'appréciation de la tuberculose. Il fut décidé, entre autres, que malgré le silence des décrets de 1938-1939, 1942 sur l'obligation pour la médecine préventive universitaire d'établir des statistiques, elles seraient faites par le service national qui soumit un modèle de fiche médicale anonyme permettant l'exploitation mécanographique des résultats. Sur l'initiative de Grenoble, le service social à l'université a été considéré comme « une médecine préventive » puisqu'il permet d'obvier aux conséquences de la sous-alimentation et du taudis et l'erreur de telle université qui a renvoyé au Secours National la subvention qu'il lui offrait devait rester exceptionnelle.

Le second de ces entretiens eut lieu le 15 Mars 1944. Il avait un caractère beaucoup plus officiel et s'intitulait « Assemblée des délégués des centres de médecine préventive ». La totalité des académies

y participait. On juge par là des progrès réalisés dans une tentative méritoire d'unification.

L'organisation des séances d'examens médicaux, diverses questions administratives, le fonctionnement technique des services, l'appréciation des résultats obtenus, la fréquence de la tuberculose découverte par dépistage, les conséquences pratiques, l'exploitation statistique des fiches médicales donnèrent lieu, tour à tour, à d'intéressantes discussions d'où se dégagea, sous forme de conclusions une véritable législation officieuse de la médecine préventive universitaire ; une réglementation uniforme était enfin mise au point.

Elle entraînait naturellement la création d'un organisme central chargé de l'appliquer et de la perfectionner. C'est pourquoi les délégués décidèrent qu'une liaison entre les services existerait sous la forme d'un « secrétariat permanent », grâce aux subventions fournies par l'Institut National d'Hygiène. Ce secrétariat permanent constituait une émanation de l'assemblée, préparait son travail, en assurait la continuité. Tout cela dans le cadre du comité supérieur des œuvres. Les membres du comité permanent, chargés de faire fonctionner ce secrétariat, furent les artisans de toujours de la médecine préventive : les Docteurs Rist, Douady et M. A. Rosier, ainsi que les Docteurs Boulenger, de l'Institut National d'Hygiène, et les Professeurs Bariety et Morenas. C'était encore la direction du Sanatorium des Etudiants, en la personne du Docteur Douady, qui inspirait une mesure utile aux progrès de la prévention universitaire.

Le Sanatorium des Etudiants, par ailleurs, s'était considérablement développé. Il avait déjà procédé à des agrandissements en 1940-1941. En 1942, ses administrateurs créèrent la Maison Universitaire de Post-Cure de Grenoble, en 1943 la Maison Universitaire de Post-Cure de Paris, en 1944 la Maison Universitaire de précure de Paris et un sanatorium annexe à Besançon. Cette extension était parallèle aux progrès de la médecine préventive qui travaillait en liaison avec lui, grâce à un service social que l'afflux des demandes spécialisa en « Service des envois en cure ». Le comité supérieur des œuvres avait d'autre part, sur les conseils du Sanatorium des Etudiants, entrepris la lutte contre les causes mêmes de la tuberculose : sous-alimentation, surmenage, mauvaises conditions de logement. C'est ainsi que s'ouvrirent les restaurants universitaires, où les étudiants étaient certains de trouver, compte tenu des circonstances et de leurs ressources, une alimentation convenable.

Tel était l'ensemble médico-social à la veille de la libération. On pouvait certes lui reprocher un manque d'unité, mais son fonctionnement était quand même satisfaisant. Au reste, s'il n'y avait pas unité, l'initiative toujours unique y remédiait.

C'est ainsi qu'en dépit de l'occupation, non seulement la médecine préventive et les œuvres sociales existantes en faveur des étudiants « furent maintenues, mais elles se développèrent ; on peut dire qu'elles atteignirent les buts qu'elles s'étaient proposées et qu'elles s'adaptèrent parfaitement aux nécessités nouvelles dont on n'aurait jamais imaginé l'ampleur ».

Nous ne saurions conclure l'exposé de cette période où fut instaurée l'obligation, sans en dire les heureuses conséquences. En amenant les étudiants plus nombreux à la visite de contrôle, elle a définitivement fait passer la médecine préventive du stade expérimental où elle végétait en beaucoup d'endroits, au stade de généralisation qu'imposait son évolution. Elle a pu ainsi donner les preuves de son efficacité. Par là ont été convaincus les sceptiques et les insouciants. Ils ont cessé de voir dans l'examen préventif une « corvée », mais une bonne habitude et la prévention est entrée dans les mœurs. Nous n'en voulons pour preuve que cette motion votée par le Congrès de l'Union Nationale des Etudiants à La-Chapelle-en-Vercors en 1943 sur la proposition de l'Office de médecine « que la surveillance médicale et radiologique préventive des étudiants en médecine ait lieu au moins deux fois par an ». Ainsi les représentants qualifiés des étudiants demandaient spontanément, pour certaines catégories d'étudiants, plus que la loi ne l'exigeait : témoignage de compréhension caractéristique.

D'autre part, l'animateur de la médecine préventive à Grenoble, le Docteur Berthet, faisait remarquer combien les étudiants dauphinois avaient prêté d'attention à la visite de prophylaxie, et insistait sur son rôle éducatif. C'était là encore la preuve d'un climat très favorable à la Prévention.

IV. — PERIODE DE COORDINATION. PERIODE ACTUELLE

Les difficultés de vie nées de la libération, le retour des prisonniers et des déportés, les séquelles physiologiques de quatre années de privations allaient rendre plus aiguës encore les questions médico-sociales en général et celles intéressant les étudiants en particulier. Les éléments principaux d'une politique de santé universitaire exis-

taient mais souffraient dans leur fonctionnement et leur direction d'une incoordination manifeste. D'autres restaient à créer. Une initiative du ministre de l'Education Nationale résolut tous ces problèmes. Il créa dans le cadre de la direction générale de l'enseignement, en complet accord avec le ministère de la Santé Publique qui fit preuve de la plus large compréhension, une nouvelle direction dont l'intérêt était évident : celle de l'hygiène scolaire et universitaire, et la confia à celui qui avait tout œuvré pour la médecine préventive universitaire, le Docteur Douady.

Ainsi le dilemme posé par l'Enseignement Supérieur était dépassé et se posait à l'Enseignement tout entier : l'établissement scolaire ou universitaire doit-il se borner à l'instruction et à l'éducation, ou ne doit-il pas aussi contribuer au maintien de la santé des enfants et des adolescents qui le fréquentent ? La réponse effective qui a été faite à cette seconde conception est rationnelle et bienfaisante. Sans entrer dans le contrôle des soins qui seront donnés hors de l'établissement, à l'élève ou au maître, elle permet de prévenir les intéressés de l'état exact de leur santé et d'étudier les mesures d'ensemble qui s'imposent pour la défendre.

Tel est le vaste programme qui s'offre à la jeune direction de l'hygiène scolaire. Sans exagérer, l'on peut dire que la médecine préventive universitaire en a été une réalisation avant la lettre. Il était juste qu'elle bénéficiât aussitôt de sa création. Les subventions qui lui ont été attribuées en 1944-1945 ont permis d'améliorer les techniques utilisées, la cadence des examens médicaux et le fonctionnement du service des envois en cure. La direction ne pouvait faire plus. En effet, et ce point a été souligné à l'Assemblée des services de médecine préventive universitaire, tenue le 7 Juillet 1945, aucun texte ne subordonnait directement la médecine préventive universitaire à l'Hygiène scolaire. Les inspecteurs régionaux de l'Hygiène scolaire et universitaire ont droit de regard, mais non autorité directe sur les services de médecine préventive universitaire. Ce n'était donc pas encore complètement l'unification tant souhaitée.

L'ordonnance du 18 Décembre 1945 est heureusement survenue et a mis sous le contrôle et la direction des services de l'Hygiène scolaire et universitaire la surveillance sanitaire des élèves et des maîtres des divers ordres d'enseignement, par conséquent de l'enseignement supérieur. Ainsi était enfin réalisé ce qu'on désirait vivement depuis

des années, c'est-à-dire une coordination agissante des activités médico-sociales universitaires et scolaires.

Cette ordonnance, en constatant la nullité des actes dits lois et décrets du 3 Août 1942, organisant la Médecine Préventive Universitaire et du 13 Août 1943, qui tentait d'organiser le contrôle médical de la jeunesse, a également laissé le champ libre à toute réforme qui pourrait se révéler utile en matière de médecine préventive. Des décrets d'application qui vont être incessamment promulgués maintiendront le caractère obligatoire des examens de contrôle.

Remarquons que l'esprit du législateur a envisagé l'orientation avant tout sociale à donner à cette action, puisqu'à l'article 1er de l'ordonnance, il est précisé que l'ensemble des examens et de la surveillance scolaire sera assuré avec un service social. C'est ce rôle de service social que remplira, pour l'enseignement supérieur, le Comité des Œuvres en faveur des Etudiants.

Ainsi la Médecine Préventive Universitaire, commencera maintenant, comme l'a dit un humoriste... « à la Maternelle ». Cette boutade est un hommage. Elle prouve que c'est autour de la prévention universitaire que s'est cristallisée l'organisation de la prévention dans l'enseignement tout entier. Le vaste édifice dont les réalisations actuelles ne sont que les fondations et qui protégera la santé de toute l'enfance et d'une bonne partie de l'adolescence françaises, est donc le résultat d'une conception née à St-Hilaire-du-Touvet, au pied de la dent de Crolles, dans un sanatorium qui venait d'ouvrir et qui n'avait encore pour titre que son nom.

Le Sanatorium des Etudiants de France est à la base de toutes les initiatives médico-sociales universitaires et scolaires de ces treize dernières années, c'est-à-dire de leur quasi totalité. Il a répondu au delà de toute espérance à ce qu'on en attendait : Université de la montagne, centre de recherches, école d'énergie et de volonté, on n'aura rien dit de lui si l'on n'évoque pas son rôle capital dans tout ce qui a été fait en France pour la sauvegarde de la santé des Etudiants. Le mérite en revient à son premier médecin-directeur, maintenant à la tête de l'Hygiène scolaire et universitaire, le Docteur Douady et à ses collaborateurs.

Mais le Docteur Douady a toujours été soutenu, aidé et encouragé par l'Union Nationale des Etudiants de France, qui avait déjà fondé le sanatorium. C'est pourquoi l'on peut dire en dernière analyse que la protection de la santé des Etudiants en France a été l'œuvre des Etudiants eux-mêmes.

Chapitre III

LEGISLATION ET REGLEMENTATION

« *L'acte médical est, par essence, un acte singulier, c'est-à-dire un acte d'homme à homme.* »

Georges Duhamel.

Une législation officielle et une réglementation officieuse de la médecine préventive universitaire se sont élaborées depuis 1938. Il importe d'en donner une vue d'ensemble rapide mais aussi précise et pratique que possible.

A) LEGISLATION DE LA MEDECINE PREVENTIVE UNIVERSITAIRE

Trois textes la constituent : décrets du 17 Juin 1938, du 2 Mai 1939 et ordonnance du 18 Octobre 1945, dont on attend le décret d'application.

1° — Décret du 17 Juin 1938

Il mérite une attention particulière, puisqu'il constitue la reconnaissance par l'Etat de l'utilité de la médecine préventive universitaire. En voici le texte :

.....

Article Premier. — Les Universités sont autorisées à instituer en faveur des étudiants un service de contrôle médical et d'entr'aide.

Un décret déterminera les modalités selon lesquelles les Universités pourront créer à cet objet, au profit de leur budget propre, un droit annuel et en affecter le produit aux œuvres universitaires en faveur des étudiants.

Article 2. — Des décrets établiront, pour chaque Université, les modalités de fonctionnement de ces services qui ne pourront donner lieu à aucune création d'emploi public et fixeront les conditions dans

lesquelles les étudiants des Universités, des autres établissements et grandes écoles de l'Enseignement supérieur, de l'Enseignement technique et des Beaux-Arts pourront bénéficier des avantages et des ressources de ces services.

. . . . . .

2° — Décret du 2 Mai 1939

C'est le décret prévu à l'article premier du précédent. Il marque une volonté de réalisation, il reconnaît explicitement que la prévention est la première parmi les œuvres sociales en faveur des étudiants. Il tend enfin à généraliser l'examen de médecine préventive en imposant :

1° Un droit annuel *exigible de tous* les étudiants. Il y a là une invitation non dissimulée aux étudiants tentés de négliger la visite préventive encore facultative pour qu'ils modifient leur attitude.

2° Le refus de la licence sportive universitaire à tout étudiant reconnu inapte par le contrôle prophylactique. Cette mesure le rendait pratiquement obligatoire pour une partie des étudiants. En voici d'ailleurs le texte :

. . . . . .

Article Premier. — Les Universités sont autorisées à instituer à partir de l'année scolaire 1939-1940, un droit annuel de 40 francs exigible de tous les étudiants des établissements d'enseignement supérieur et destiné à concourir aux frais d'organisation et de fonctionnement des services de contrôle médical et des œuvres sociales en faveur des étudiants. Le montant des recettes est affecté, par priorité, aux dépenses de médecine préventive et, en second lieu, aux diverses œuvres sociales...

Article 2. — Sur proposition du Doyen, le Conseil de l'Université peut accorder l'exonération totale ou partielle du droit prévu à l'article premier.

Article 3. — Le Comité d'Académie de l'Office du Sport scolaire et universitaire ne peut délivrer de licence sportive aux étudiants qui,

examinés par le service de médecine préventive, n'auraient pas bénéficié d'un avis favorable.

.....

3° — Ordonnance du 18 Octobre 1945

C'est maintenant le texte de référence. Elle constitue la Charte de l'Hygiène scolaire et universitaire en France, et s'applique à tous les ordres de l'Enseignement. Ses décrets d'application pour l'enseignement supérieur réorganiseront les services de médecine préventive universitaire qui avaient reçu des actes dits lois et décrets de Juillet et Août 1942, dont la nullité est expressément reconnue, une ébauche de normalisation. Voici les idées générales de cette ordonnance :

.....

Article Premier. — ...Des examens périodiques sont effectués pendant tout le cours de la scolarité et la surveillance sanitaire des élèves est exercée avec le concours d'un service social.

Des décrets pris en Conseil d'Etat fixeront la participation des familles et des collectivités publiques aux dépenses occasionnées par les examens médicaux périodiques des élèves des divers ordres d'enseignement.

Article 2. — Tous les membres du personnel des établissements d'enseignement et d'éducation publics ou privés et toutes les personnes se trouvant en contact habituel avec les élèves dans l'enceinte desdits établissements, sont obligatoirement soumis périodiquement et au moins tous les deux ans à un examen médical de dépistage des maladies contagieuses.

Article 3. — Dans chaque chef-lieu, de département et d'arrondissement, dans chaque commune de plus de cinq mille habitants et dans les communes qui seront désignées par arrêté ministériel, un ou plusieurs centres médicaux scolaires seront organisés pour les visites et examens prescrits aux articles 1 et 2.

.....

Article 5. — Dans un délai d'un an à partir de la publication

de la présente ordonnance, sera établi un casier sanitaire des locaux et dépendances de tous les établissements d'enseignement et d'éducation, tant publics que privés.

Article 6. — L'application des mesures prévues aux articles 1, 2, 3, 4, 5 de la présente ordonnance sera assurée sous la direction et le contrôle des services d'Hygiène scolaire et universitaire du Ministère de l'Education Nationale...

. . . . . .

Article 8. — Est constatée la nullité des actes dits lois du 3 Août 1942 relative à l'organisation de la médecine préventive universitaire dans l'enseignement supérieur et loi du 13 Août 1943 relative à l'organisation du contrôle médical de la jeunesse.

Toutefois, sont validés les effets résultant de l'application desdits actes antérieurs à la publication de la présente ordonnance.

Article 9. — ...Des décrets déterminent également les sanctions disciplinaires applicables aux étudiants et élèves de l'enseignement supérieur en cas d'infraction aux dispositions de l'article 1er ci-dessus.

Article 10. — Le contrôle médical des activités physiques et sportives scolaires et universitaires sera assuré dans les conditions définies aux articles 1er et 3 de la présente ordonnance.

. . . . . .

4° — Projet de décret d'application

Son idée générale est contenue dans le dernier alinéa du rapport qui le présente à M. le Président du Gouvernement et dont voici la teneur : « La Médecine Préventive de l'Enseignement supérieur est désormais intégrée dans le système général de protection de la santé de la population des établissements d'enseignement de tous ordres ; elle continue toutefois à fonctionner dans le cadre des Universités. Le présent projet de décret reprend la plupart des dispositions des textes auxquels il se substitue ; ce décret renouvelle le statut des services de médecine préventive et mérite, de ce fait, d'être cité « in extenso » :

. . . . . .

Article Premier. — Les mesures de contrôle médical en faveur des étudiants que les Universités ont été autorisées à prendre en vertu

de l'article premier du décret-loi du 17 Juin 1938, sont étendues à tous les étudiants et élèves des établissements d'enseignement supérieur. Leur exécution est confiée aux services de médecine préventive de l'enseignement supérieur.

Article 2. — Ces services sont chargés d'assurer, en ce qui concerne l'enseignement supérieur, l'examen périodique prévu par l'article premier de l'ordonnance du 18 Octobre 1945. Ils fonctionnent sous l'autorité des Recteurs d'Académies et, en ce qui concerne les étudiants des Facultés, dans le cadre des Universités. Leur action est coordonnée par la Direction de l'Hygiène scolaire et universitaire, du Ministère de l'Education Nationale qui exerce un contrôle sur ces services.

Article 3. — Les élèves et étudiants âgés de moins de trente ans au 1er Janvier de l'année en cours, immatriculés ou inscrits dans les établissements d'enseignement supérieur dépendant du Ministère de l'Education Nationale, à savoir :

— Facultés ou Ecoles dépendant de la direction de l'enseignement supérieur,

— Etablissements d'enseignement supérieur dépendant de la direction d'Enseignement technique,

— Etablissements d'enseignement supérieur dépendant de la direction générale des Arts et des Lettres,

sont obligatoirement soumis à cet examen.

Article 4. — Conformément aux dispositions de l'article 7 de l'ordonnance du 18 Octobre 1945, et indépendamment des autres sanctions qu'elle prévoit, les étudiants ou élèves des établissements d'enseignement supérieur qui ne se soumettraient pas à cet examen périodique seront privés du droit de s'inscrire en vue des examens et concours universitaires et du droit de recevoir un certificat de scolarité en fin d'année scolaire.

D'autres mesures, telles que la perte du droit de solliciter des bourses, prêt d'honneur ou exonération des droits universitaires, perte du bénéfice des avantages de toute nature consentis par les diverses œuvres sociales créées en faveur des étudiants pourront également leur être appliquées par décision des Recteurs.

Un certificat attestant que chaque étudiant a été soumis à l'ensemble des examens médicaux prévus à l'article 5 ci-après devra être

exigé par les secrétaires des Facultés et autres établissements d'enseignement supérieur lors des inscriptions aux examens ou concours, ou à l'occasion des inscriptions trimestrielles.

Article 5. — L'examen prévu à l'article 2 ci-dessus est organisé en vue du dépistage des maladies, tares ou prédispositions morbides dont l'étudiant peut être atteint à son insu, et principalement de la tuberculose. Il est annuel et comporte obligatoirement :

— un examen clinique général ;

— un examen radiologique des poumons ;

— une réaction tuberculinique destinée à déceler les possibilités d'infection tuberculeuse ;

— toutes les investigations qui auront été décidées pour l'une quelconque des Universités ou pour l'ensemble des Universités par arrêté conjoint du Ministre de l'Education Nationale et du Ministre de la Population ;

— les examens réitérés qui pourraient être jugés nécessaires sur le vu des premières constatations médicales.

Cet examen a un but préventif et non thérapeutique ; il est destiné à renseigner les intéressés sur leur état de santé et ne peut, en aucun cas, avoir pour conséquence de les exclure définitivement de l'Université.

Aritcle 6. — Dans chaque Université ou dans chaque groupe d'établissement d'enseignement supérieur défini par arrêté du Ministre de l'Education Nationale, il est institué un Comité de Médecine Préventive de l'Enseignement supérieur.

. . . . . .

Article 8. — Les médecins, secrétaires-généraux techniques, exerceront leurs fonctions en liaison avec les Inspecteurs régionaux de l'Hygiène scolaire et universitaire dont ils recevront des instructions destinées à coordonner l'organisation du contrôle médical dans les établissements d'enseignement de tous ordres.

Article 9. — Les examens cliniques, radiologiques, et les examens complémentaires prévus à l'article 5 précédent, seront exécutés par des médecins examinateurs travaillant par vacation. Ceux-ci sont désignés pour une année par le Recteur sur proposition du Comité de

Médecine Préventive de l'Enseignement supérieur. Leur nomination devra être homologuée par le directeur de l'Hygiène scolaire et universitaire.

Article 10. — Le montant du droit annuel exigible des élèves et étudiants visés à l'article 3 ci-dessus, et destiné au fonctionnement de ces services sera fixé et pourra être modifié par arrêté concerté des Ministres de l'Education Nationale et des Finances, ainsi que les exonérations totales ou partielles à accorder à certaines catégories d'élèves ou d'étudiants.

Article 11. — Un arrêté du Ministre de l'Education Nationale fixera les modalités de fonctionnement des services de médecine préventive ainsi que l'organisation du service social destiné à leur apporter son concours, comme il est prévu à l'article premier de l'ordonnance du 18 Octobre 1945.

.....

B) REGLEMENTATION

Des principes législatifs que nous venons d'étudier concernant l'examen de médecine préventive découle la réglementation suivante :

1° — Respect du secret médical

Il ne faut pas oublier qu'il doit être absolu. Sans doute, les conditions de l'examen systématique sont parfois assez peu compatibles avec ses exigences. Il faut s'attacher quand même à les concilier. N'omettons pas que « l'acte médical est un acte d'homme à homme ».

2° — Etudiants non résidents dans la Ville Universitaire

Beaucoup de ces étudiants demandent à subir une visite médicale à l'endroit où ils ont leur domicile. Mais comme l'examen de médecine préventive doit obligatoirement être fait au siège du service (décision de l'Assemblée M.P.U. du 7 Juillet 1945), il doit leur être répondu par la négative. On doit en revanche leur proposer de prendre rendez-vous pour une date à leur convenance, puisqu'ils viennent bien au moins une fois par an à l'Université, ne serait-ce que pour s'y faire inscrire.

3° — Etudiants défaillants

Parmi eux on doit distinguer :

a) les étudiants âgés de plus de trente ans pour qui la médecine préventive universitaire n'est pas obligatoire (à ne pas reconvoquer).

b) les étudiants qui sont inscrits dans une Faculté mais qui ne se présentent à aucun examen ou concours et qui peuvent, sans inconvénient pour leur scolarité (sinon pour leur santé) se soustraire aux examens de médecine préventive universitaire, cas assez fréquent à Paris. D'où intérêt qu'il y aurait à rechercher une sanction qui les atteigne.

c) *les étudiants non résidents* que nous avons déjà envisagés.

d) *étudiants réellement défaillants.*

Les étudiants qui ne se sont pas présentés à l'examen de médecine préventive se voient appliquer les sanctions que nous avons énumérées plus haut et dont la principale est l'interdiction de s'inscrire aux examens de sa Faculté.

La preuve de son absence à la visite prophylactique est fournie par la non production du certificat médical ou du cachet du service de M.P.U. sur son livret universitaire ou sa carte d'étudiant.

4° — Etudiants transférés

Le grand lycéen doit recevoir du service de médecine préventive de l'établisement secondaire qu'il quitte « une fiche de santé » (résultat des cuties, scopies, etc...) qu'il remettra au médecin lors de sa première visite de prévention universitaire.

Lorsqu'un étudiant fait transférer son dossier d'une université à l'autre, sa fiche de médecine préventive doit être simultanément transférée d'un service de médecine préventive universitaire à l'autre.

5° — Etudiants subissant les examens dans d'autres services

Le cas se présente lorsque les Grandes Ecoles et Etablissements d'enseignement supérieur ainsi que les Facultés libres ont leur propre service de médecine préventive ; lequel fonctionne souvent fort bien. La conduite à tenir est réglée par le vœu suivant, rédigé par le Professeur agrégé Bariéty, lors de l'Assemblée du 15 Mars 1944 :

1° *Il ne faut pas répéter indûment les examens de dépistage* et

pour cela, il convient d'agréer les organismes de médecine préventive déjà installés dans les Grandes Ecoles ou Universités libres à condition qu'ils offrent les garanties techniques suffisantes.

2° *Mais il faut en revanche unifier méthodes et fiches* et pour cela :

a) imposer aux services privés agréés les méthodes d'examen fixées pour les services officiels de médecine préventive universitaire.

b) imposer la même fiche d'examen à tous les organismes et la même façon d'y répondre.

6° — Etudiants dont le cas nécessite des examens complémentaires

Lorsque le dépistage en aura montré l'utilité, les étudiants pour qui des examens complémentaires auront été demandés et qui ne se seront pas présentés à nouveau pour ces examens, ne pourront recevoir le visa du service de médecine préventive attestant qu'ils ont satisfait aux exigences de la loi, puisque les examens complémentaires sont obligatoires au même titre que la visite ordinaire. Elle n'a de sens, en ce cas, que par eux.

7° — Etudiants dépistés

Trois points à leur égard doivent toujours être présents à l'esprit :

a) La loi ne donne en aucun cas aux services de médecine préventive le droit de faire exclure un étudiant de sa Faculté ou de son Ecole. La médecine préventive a pour seul objet de donner à l'étudiant des informations sur son état de santé. On ne peut donc imposer à l'étudiant de se soigner. La persuasion d'ailleurs suffit pour qu'il y consente. De même, lorsque cela lui a été conseillé de quitter l'Université pour ne pas être une source de contagion vis-à-vis de ses camarades.

b) Le service de médecine préventive doit se borner au diagnostic et ne peut en aucun cas faire une action thérapeutique. Ainsi le veut la loi.

c) Il faut que cet acte singulier qu'est, pour Duhamel, l'acte médical, prenne son sens profond à l'occasion des examens ultérieurs

dont seront l'objet les étudiants dépistés. Ils ont non seulement droit à la discrétion, mais à la sollicitude et à la bienveillance du médecin et de l'assistante sociale.

Ces dispositions ne reflètent que l'attitude des différentes Assemblées des délégués de médecine préventive, mais il est hors de doute qu'elles ne soient même considérées comme un minimum par les règlements officiels qui seront établis ultérieurement par les services d'hygiène scolaire et universitaire, conformément au projet de décret d'application de l'ordonnance du 18 Octobre 1945. (1)

---

(1) *Le projet du décret d'application est actuellement soumis à l'avis de l'Académie de Médecine.*

Chapitre IV

ORGANISATION

> « *On mesure la portée d'une doctrine à la variété des idées où elle s'épanouit et à la simplicité du principe où elle se ramasse.* »
>
> Bergson.

L'opposition est frappante entre le peu d'obligations qu'impose à l'étudiant la Médecine Préventive et les grands services qu'elle lui rend. Ce rôle bienfaisant ne va pas sans être également militant. Et l'on pourrait s'étonner de cette égalité conciliée à cette opposition.

C'est que l'on demande peu en effet à l'étudiant mais beaucoup aux organisateurs et ce sont eux qui fournissent l'effort exigé par la prévention.

On peut dire que la Prévention est d'autant meilleure qu'elle est exercée avec plus de méthode, de compétence et d'expérience, toutes choses qui ne dépendent pas de celui qui est examiné, mais de ceux qui examinent.

Que demande-t-on à l'Etudiant ? D'acquitter un droit très modeste, dont sont d'ailleurs exonérés les moins fortunés et de se rendre aux jour et heure demandés au Centre de Médecine Préventive. C'est tout et ce n'est guère ennuyeux.

Que demande-t-on aux examinateurs ? Un secrétariat parfaitement au point, un ordre méticuleux, une patience inlassable, la recherche constante du meilleur circuit, de la meilleure fiche, de la meilleure notation et la haine de la routine. Voilà au seul point de vue administratif. Que dire aux points de vue médico-social et médical, sinon que c'est l'affaire de spécialistes, médecins et assistantes sociales éprouvés, techniciens de valeur qui doivent joindre à leur science la plus haute conscience, car ici plus que partout ailleurs, le « petit détail » est caractéristique. L'inattention d'un instant annule un examen d'une heure et peut avoir de funestes conséquences. A l'échelle de la Médecine Préventive, le scrupule des Romains est de l'ordre du gamma des physiciens modernes.

C'est assez dire l'utilité d'une étude d'ensemble de l'organisation des centres de Médecine Préventive Universitaire.

Chaque centre a sa physionomie particulière.

Plusieurs facteurs y contribuent parmi lesquels le lieu, l'ancienneté, la technique d'examen, l'intérêt suscité, etc... Il apparaît donc difficile de décrire une organisation-type. On peut cependant essayer de dégager quelques normes à propos des principaux points d'organisation et de fonctionnement, tant au point de vue matériel qu'au point de vue administratif et surtout au point de vue médical.

I. — ORGANISATION MATERIELLE

A) Locaux

Cette question a beaucoup préoccupé les Universités et a reçu trois types de solution d'inégale valeur.

I. — *Locaux de l'Université*

1° ou bien le service de Médecine Préventive fonctionne dans un bâtiment qui lui est propre, exemple : Nancy ;

2° ou bien le service de Médecine Préventive est installé dans un local appartenant à l'Université mais ce local est quelconque, exemple : Paris-Sorbonne ;

3° ou bien le service utilise des locaux appartenant à l'Université, mais ceux-ci sont prévus pour des examens médicaux, exemple : Bordeaux.

II. — *Locaux d'Etudiants*

— ou bien le service a reçu l'hospitalité de maisons d'étudiants (locaux de l'Association Générale), par exemple : Toulouse, Cité Universitaire Paris-Droit.

III. — *Locaux d'autres collectivités*

— ou bien c'est dans des établissements hospitaliers que fonctionne le service, exemple : Montpellier, Nice, Paris-Médecine, ou bien œuvres privées : Mission Rockefeller, à Marseille.

Signalons que dans quelques cas, on a dû recourir à plusieurs locaux dispersés, obligeant l'étudiant à des déplacements, exemple : Lyon. Et si la plupart des locaux sont trop petits, d'autres encore

moins favorables sont scindés en deux, si bien que les étudiants doivent se déshabiller et se rhabiller plusieurs fois de suite, exemple : Montpellier. Le défaut général des lieux utilisés est d'être improvisés, ce qui explique leur exiguïté et leur inconfort.

Et pourtant cette question des locaux est importante. Elle a une influence directe sur la valeur et la tenue de l'examen médical : l'exiguïté par exemple est défavorable à l'observation du secret professionnel et l'inconfort fait au centre une propagande à rebours. La pénurie actuelle et générale des locaux et les nécessités de la reconstruction font accepter des installations imparfaites, mais il y a lieu de souhaiter pour chaque centre de Médecine Préventive Universitaire un local qui lui soit propre.

Ce local devrait être d'un accès facile pour les étudiants, il contiendrait les cabinets médicaux, un cabinet dentaire, des postes de radioscopie et éventuellement de radiographie et radiophotographie, le secrétariat et le fichier, le bureau de l'assistante sociale. On pourrait s'inspirer de l'exemple concret donné par Nancy à cet égard. Il serait préférable que ce local idéal fût réuni au siège des divers services en faveur des étudiants (service social, B.U.S., etc...) réalisant en quelque sorte la maison des œuvres d'étudiants.

Dans certaines villes, une autre solution pourrait être adoptée. Elle est d'ailleurs réalisée actuellement à Grenoble où il existe un Centre d'examens préventifs destiné tantôt à des écoliers, tantôt à d'autres collectivités, en particulier les étudiants. Plusieurs municipalités ont ainsi créé et gèrent des Centres analogues. Un de ceux-ci mérite, par son originalité, une mention particulière : c'est celui de Perpignan, qui fonctionne surtout au bénéfice des écoliers de la ville ; il s'y trouve des salles de classe, ce qui permet au maître de faire sa leçon pendant que l'on appelle l'un après l'autre les enfants pour les examiner. Cette façon de procéder évite chahuts et énervement. Remplaçant la salle de classe par une salle d'attente spécialement conçue et où l'étudiant pourrait lire, continuer son travail et perdre ainsi le moins de temps possible, les Universités pourraient utilement s'inspirer de tels exemples.

B) Matériel

Cette question serait en grande partie négligeable si nous vivions des temps plus heureux. Mais à notre époque, trouver le matériel

médical et surtout le matériel radiologique nécessaire au fonctionnement d'un centre n'a pas été chose facile et loin de se borner à un bon de commande aussitôt exécutée, a entraîné de multiples démarches : du Comité supérieur des Œuvres pour obtenir les bons-matières, des Comités locaux auprès d'organismes tels que la Croix-Rouge Française pour en recevoir un appui spécial, de la direction de l'Hygiène scolaire et universitaire pour faire passer au bénéfice de la Médecine Préventive Universitaire les marchés maintenant annulés du Ministère des Prisonniers avec des constructeurs d'appareils radiologiques, etc... Malgré tous ces efforts, les centres sont très inégalement outillés et c'est ce qui, d'une part, explique la nécessité fréquente de recourir au matériel hospitalier et, d'autre part, l'autonomie radiologique absolue de services privilégiés. Toute une gamme existe et l'on en peut dresser le tableau suivant :

Ne disposant pas, en propre, d'appareils radioscopiques :
Lyon, Aix, Nice.

Disposant, en propre, d'un ou de plusieurs appareils radioscopiques :
Paris, Bordeaux, Marseille.

Disposant, en propre, d'un appareil de radiophotographie :
Lille, Dijon, Marseille.

Disposant, en propre, d'un appareil de radiographie :
Nancy.

Il est préférable, lorsque c'est possible, que les appareils de radioscopie soient montés avec radiocabines. C'est ce qui a été réalisé à Paris. Il faudra veiller en ce cas à la bonne aération du médecin.

Les Universités ne disposant pas d'appareils de radiographie ont dû faire exécuter à l'extérieur les clichés réclamés par une radioscopie douteuse. Tantôt on s'est adressé à des radiologistes professionnels qui ont consenti au Centre une réduction sensible du tarif de clientèle ; ainsi à Grenoble en 1943, un cliché revenait à 120 francs. Tantôt on a demandé l'aide des hôpitaux et, dans ce cas, ou bien aucune redevance n'était acceptée (Montpellier), ou bien l'administration se faisait rembourser 60 francs par radiographie comme à Paris, à l'hôpital Laënnec en 1942-1943 et 1943-1944. Le système de faire exécuter les clichés hors du service est aléatoire. Il n'est que provisoire ; néanmoins il importe de se rendre compte que seules les grandes Universités pourront se permettre de l'abandonner. Les

Universités à faibles effectifs, en raison du pourcentage d'environ 3 % d'étudiants qu'il est nécessaire de radiographier, ne pourront, à moins de subventions, amortir le prix d'un appareil dans les délais d'utilisation. D'où l'avantage, dans ce cas, de recourir au centre spécialisé de médecine préventive ouvert à plusieurs collectivités. Rappelons que sur la redevance de 40 francs perçue, 5 francs avaient été prévus pour la radiographie et les analyses, ce qui, en raison du pourcentage d'environ 3 % d'étudiants auxquels il faut faire un film permettait de dépenser 100 francs pour chacun.

Quant aux appareils de radiophotographies, ils ont été mis à la disposition des services universitaires, le plus souvent par la Croix-Rouge Française. Dans d'autres cas, comme à Paris, c'est à l'hôpital où fonctionnait un tel appareil que se rendaient les étudiants qu'un premier examen radioscopique subnormal avait fait remarquer. Mais quatre académies sur dix-sept ont pratiqué la méthode radiophotographique.

Dans l'ensemble, on peut dire que le centre universitaire-type dispose d'un appareil de radioscopie et que les autres techniques radiologiques sont exceptionnellement mises en œuvre sur place.

II. — ORGANISATION ADMINISTRATIVE

A) Propagande

Ce n'est pas parce que l'examen préventif est obligatoire qu'il faut se dispenser d'une certaine propagande qui fera comprendre son intérêt aux nouveaux étudiants et à ceux de leurs aînés qui ne l'ont pas encore compris. Une loi ne vaut rien sans les mœurs. Il est du devoir des centres de prévention de se faire considérer comme une nécessité et non comme une nouveauté. La menace des sanctions aboutit à un état de fait pouvant faire croire qu'on y est parvenu. Mais un état de fait n'est rien sans un état d'esprit. C'est à le réaliser que doit viser la Propagande. Empruntant ses arguments à ceux que nous avons énumérés au premier chapitre, elle peut être faite :

1° soit par des conférences, exemple : Nancy, Toulouse, Poitiers.

2° soit par des tracts, exemple : Toulouse.

3° soit par des notices insérées dans le livret de l'étudiant, comme, par exemple, à Paris.

4° soit par des articles de revues et de journaux d'étudiants, comme le font « Le Courrier de l'Etudiant », « Existences », etc...

5° soit par des affiches et ce pourrait être l'objet d'un concours ouvert par la direction de l'Hygiène scolaire et universitaire.

6° enfin et surtout, elle sera faite par un accueil aimable, une attente brève, un examen sérieux.

Ajoutons que le terrain est tout prêt à recevoir la semence et que les étudiants ont fait, en trois années, d'étonnants progrès en matière d'éducation sanitaire. Nous l'avons souligné au cours de notre second chapitre.

B) Convocation des Etudiants

1° — *Mode de convocation*

Les convocations peuvent être faites et, en pratique, sont faites de diverses manières :

a) *par voie d'affiches apposées dans les Facultés, les Associations Générales d'Etudiants.*

L'expérience montre que le rendement est mauvais, bien que ce mode de convocation soit le moins coûteux. Il faudra, en conséquence, le réserver aux collectivités d'étudiants particulièrement disciplinées : Grandes Ecoles, par exemple.

b) *par convocations individuelles.*

C'est le mode en général adopté par les Universités. La convocation peut être :

1° *Etablie et adressée* par les soins des secrétaires de Facultés. C'est exceptionnel.

2° *Etablie et adressée* par l'assistante sociale ou la secrétaire du service de prévention grâce à des listes fournies par les secrétariats de Facultés. C'est le cas général en province.

3° *Elle est établie* par l'étudiant qui remplit une enveloppe timbrée à son adresse en prenant sa première inscription de l'année. La convocation sera adressée par le secrétariat du service de prévention au cours de l'année scolaire. C'est ce qui a lieu à Paris et cela tranche la question de l'affranchissement. Mais cette solution n'est pas partout adoptée...

2° — *Frais de correspondance*

...et surtout l'affranchissement des convocations incombe au service de la médecine préventive. Il peut constituer une charge assez lourde. Dans certaines Universités, on utilise la convocation à taxe simple (timbre à la charge de l'étudiant comme pour les convocations aux examens de Faculté). Cette mesure entraîne parfois du mécontentement chez les étudiants. Il vaudrait beaucoup mieux obtenir la franchise postale ou tout au moins un tarif très réduit. L'Administration des P.T.T. a été saisie d'une telle demande.

3° — *Libellé de la convocation*

Toutes les Universités insistent en termes courtois dans leur convocation à l'examen médical préventif sur l'intérêt qu'il présente, l'obligation qui l'impose et le fait qu'en aucun cas l'Administration n'aura connaissance de son résultat. Il serait peut-être souhaitable de préciser au recto de la convocation ses données essentielles : lieu, jour, heure, documents à se munir, et de consacrer le verso à une petite démonstration des avantages de la médecine préventive universitaire. Ce serait appliquer ce que nous avons dit au sujet de la propagande.

4° — *Convocations de rappel*

La proportion des étudiants défaillants à la première convocation est, suivant les académies, de 20 à 50 %, d'où la nécessité d'envoyer des convocations de rappel et d'organiser un « second tour » ou des séances de « repêchage » en fin d'année, ce qui occasionne un supplément de travail et de frais. Un autre effet des défaillances est d'amener à convoquer 20 à 5 0% de plus que l'effectif prévu. Ce qui a pu parfois troubler le rythme des examens médicaux. Il y a donc grand intérêt à voir les étudiants répondre à la première convocation, grâce à une propagande bien faite qui « paiera » ainsi ce qu'elle peut coûter.

5° — *Horaires des visites*

Il ressort de la confrontation des horaires de visites de tous les centres que les intervalles de temps les plus favorables à une bonne fréquentation sont de 14 à 16 heures ou de 17 à 19 heures. Les visites du soir n'ont rencontré que peu de succès. L'étudiant aime à avoir

sa soirée à lui. Cependant, on peut envisager telle éventualité où quelques séances du soir par an seraient nécessaires, en particulier pour les étudiants travaillant en dehors de leurs études.

C) Fichier. Répertoire. Secrétariat

Les fiches établies surtout au point de vue médico-social et médical contiennent quelques questions administratives qui n'ont qu'un but statistique. Elles sont strictement anonymes et leur anonymat a constamment été renforcé depuis quatre ans que la médecine préventive fonctionne sur une grande échelle. Cela entraîne la nécessité d'un dédoublement dans le classement des fiches : d'un côté, elles doivent être rassemblées suivant des numéros, c'est le fichier, d'un autre, suivant les noms des étudiants, c'est le répertoire. Dans les Universités à faibles effectifs, le répertoire est un registre où figure en regard du nom de l'étudiant le numéro de sa fiche, et ce registre ne doit pas quitter le bureau du médecin-secrétaire technique du centre. Dans les Universités plus importantes, le répertoire est un second « petit fichier » qui se superpose au grand. L'ensemble occupe une salle dont seuls les médecins et le personnel soumis au secret professionnel ont l'accès.

La tenue et la confection du fichier et du répertoire sont les attributions principales ressortissant d'un secrétariat technique. Elles ne sont pas les seules et celui-ci doit établir la liaison permanente avec les médecins chargés des examens médicaux, tenir le calendrier des séances d'examens, contrôler les listes d'étudiants à convoquer, organiser les examens complémentaires et contribuer à la confection des règlements intérieurs, des statistiques et des rapports.

Un secrétariat administratif prépare les paiements des honoraires médicaux et tous autres paiements concernant le service, contrôle les pièces comptables, conserve les archives administratives, participe à la confection du règlement intérieur, des statistiques et des rapports et assure la liaison avec les autres services administratifs de l'Université.

Suivant l'importance des effectifs, une, deux ou plusieurs personnes se partagent ces diverses activités...

D) Personnel

...Sous l'autorité effective d'un médecin qui, suivant les acadé-

mies, porte le titre de directeur, comme à Nancy ou Lille, Alger, de secrétaire-général technique comme à Grenoble, Paris, Nice, Aix, etc... Dans ce dernier cas, la direction théorique du centre est confiée au Doyen de la Faculté de Médecine ou au Directeur de l'Ecole de Médecine. C'est toujours en tout cas, jusqu'ici, sous la haute autorité des Recteurs que fonctionnaient les services de prévention. En dehors du secrétaire général technique ou du directeur, qui reçoit d'ailleurs une indemnité particulière (article 8 du décret du 16 Juillet 1942), le personnel des centres comprend :

1° — *Personnel médical*

a) *Recrutement.*

La nomination des médecins examinateurs est faite pour un an par le Recteur, sur la proposition du Doyen de la Faculté de Médecine ou du Directeur de l'Ecole de Médecine. Ils sont généralement choisis parmi les Chefs de clinique, les jeunes médecins des hôpitaux, les professeurs agrégés. On a souhaité voir également nommer des suppléants. On n'a pas cru devoir retenir la suggestion tendant à utiliser les services de médecins à temps complet. Ce serait en effet aller à l'encontre du désir des étudiants qui préfèrent les jeunes maîtres de leurs camarades de médecine à d'autres examinateurs qui n'auraient pas de caractère universitaire.

Le nombre des médecins examinateurs a été fixé par décret pour Paris : 30 médecins pour 30.000 étudiants. Dans les autres villes, les chiffres ne sont absolument pas proportionnels. Ainsi, pour 3.000 étudiants à Grenoble, il y a 20 médecins, à Montpellier, pour 4.000 étudiants, il y a 30 médecins, à Dijon, pour 800 étudiants, il y en a 4. Le système employé pour assurer le service est celui du roulement.

b) *Honoraires.*

Le décret de 1939 fixe à 10 francs par étudiant examiné les honoraires médicaux et ceci pour un examen clinique et radiologique, si bien qu'à Montpellier par exemple, on donnait 5 francs par étudiant examiné au médecin qui faisait l'examen pulmonaire et 5 francs à celui qui faisait l'examen général, d'où une disparité fort importante entre la rémunératon des deux médecins.

Ce taux de paiement apparaît nettement insuffisant et dès 1942,

M. le Doyen Leclercq, de Lille, écrivait que, « eu égard à la qualité et à l'importance du travail fourni par les médecins du centre, ils n'étaient pas rémunérés équitablement ». Le centre de Marseille dit de ses médecins qu'ils sont en quelque sorte des « demi-bénévoles ». Le centre de Poitiers est du même avis. En raison du grand nombre d'étudiants, il a été possible d'allouer à Paris des vacations honoraires normales aux médecins examinateurs.

La question cependant demande à être reconsidérée. Et les services d'Hygiène scolaire et universitaire proposent la rémunération à l'heure et à l'acte, c'est-à-dire que le médecin aura tant par tête d'élève examiné, avec un maximum et un minimum d'étudiants à examiner par heure. En d'autres termes, si le nombre d'étudiants tombe au-dessous du minimum pour des raisons indépendantes de la volonté du médecin, celui-ci est tout de même payé pour son heure ; par contre, s'il croit devoir aller vite et voir des étudiants rapidement en dépassant le maximum fixé, il ne touchera pas plus. Il est envisagé de demander l'accord des services des Finances pour une vacation horaire de 350 francs en phtisiologie (avec interdiction de faire plus de deux heures de suite). En ce qui concerne la médecine générale, 400 francs sont proposés pour une vacation de deux heures.

2° — *Personnel auxiliaire*

a) *Recrutement.*

Il est nommé par le Recteur.

Les assistantes sociales universitaires sont recrutées parmi les assistantes titulaires du diplôme d'Etat. Huit académies en possèdent : Grenoble, Montpellier, Bordeaux, Caen, Lille, Toulouse, Rennes, Paris.

Dans les cas où un accord a pu être passé avec une autorité locale et visant à ce qu'une assistante sociale dépendant de cette autorité fasse bénéficier les services de médecine préventive universitaire d'une partie de son activité, cette assistante doit être agréée par le Recteur. Des assistantes sociales non diplômées ont pu être recrutées en raison de la difficulté où l'on était de trouver du personnel absolument qualifié. Elles ont donné entière satisfaction.

Le personnel administratif doit offrir de sérieuses garanties morales. Il est astreint au secret professionnel.

Rappelons que l'assistante de médecine préventive n'est pas direc-

tement subordonnée à l'assistante-chef d'Hygiène scolaire et universitaire. Toutefois, cette dernière peut demander à tout moment à l'assistante de médecine préventive tous renseignements qu'elle juge utile de connaître. Autre question : La médecine préventive universitaire est-elle distincte du service social à l'Université ? On peut dire qu'à partir de 1.000 étudiants inscrits, on peut engager une assistante qui s'occupera des deux services ; à partir de 3.000, deux assistantes, l'une pour la médecine préventive, l'autre pour le service social, peuvent être engagées.

b) *Rémunération.*

Les assistantes sociales universitaires ont une tâche très délicate dont dépend le bon rendement d'un service de médecine préventive universitaire. Elles doivent être rémunérées en conséquence et un tarif national unique admis par le Ministère des Finances et dépassant même si nécessaire le tarif des Assistances Sociales d'Administration Publique doit être appliqué.

Quant au personnel administratif, ses appointements variaient à Paris, en 1943, suivant l'âge et les années de pratique, de 1.300 fr. à 2.000 fr. par mois, plus l'indemnité de résidence. Ces traitements sont à affecter du coefficient 2,5 depuis le 1er Janvier 1945.

E) Finances

1° — *Mode de comptabilité*

Les médecins examinateurs sont souvent payés avec des retards à cause de la lenteur des formalités qu'exige la comptabilité de certaines Universités. Il serait souhaitable que le médecin secrétaire technique de chaque service de médecine préventive universitaire fût autorisé à agir comme régisseur d'avances, chargé de régler sans retard et sans inutiles formalités les médecins examinateurs.

2° — *Budget-type*

Il n'y a pas lieu d'imposer un budget à chaque service de médecine préventive universitaire, mais on pourrait utilement mettre au point un budget présenté dans un cadre uniforme et simple.

3° — *Utilisation des crédits*

Le décret de 1939 prévoit que le produit de la taxe de 40 francs

soit affecté en première ligne au fonctionnement du service de médecine préventive universitaire et en deuxième ligne aux œuvres universitaires touchant à la protection de la santé des étudiants. Or, quatre Universités seulement ont affecté jusqu'ici aux œuvres sociales une partie de la taxe. Les autres ont acheté du matériel grâce au reliquat dont elles disposaient. Les sommes affectées aux œuvres sociales peuvent prendre la forme de bourses allouées à des étudiants atteints ou menacés par la maladie, de subventions à des organismes médico-sociaux universitaires locaux ou nationaux, mais ne peuvent prendre, par exemple, la forme de bourses pour l'achat de livres d'études.

F) Exploitation statistique des résultats

Elle est assurée d'abord par une rédaction complète, sérieuse et lisible de la fiche médico-sociale, ensuite par la communication au Service National des Statistiques de l'ensemble des fiches d'une année. Cette communication ne doit entraîner aucune gêne pour la bonne marche des services de Prévention. Le Service National des Statistiques reçoit les fiches en Juillet et les retourne en Septembre.

G) Conséquences administratives du dépistage

Lorsque l'examen de prévention a eu pour résultat d'informer un étudiant qu'il devait se soigner, dans le cas d'une maladie non tuberculeuse, il est dirigé soit vers son médecin, soit vers un hôpital ou une consultation. Aucune formalité n'est nécessaire. Il en va autrement lorsqu'il s'agit d'une affection pulmonaire tuberculeuse. Les formalités de demande d'entrée en sanatorium, la sollicitation fréquente de l'assistance de collectivités créent au malade et à sa famille des embarras que seule l'assistante sociale universitaire saura écarter en faisant elle-même, le plus souvent, les démarches nécessaires. Cette partie de son travail serait très simplifiée si les services de médecine préventive étaient assimilés à des dispensaires anti-tuberculeux, notamment pour la préparation des dossiers d'assistance.

En faisant ainsi, on répondrait d'ailleurs pleinement aux vœux des étudiants qui tiennent beaucoup à l'autonomie de leurs services médicaux.

H) Rôle de l'assistante sociale universitaire

Nous venons de voir qu'aussi bien au point de vue technique

qu'au point de vue administratif, le rôle d'une assistante sociale est très important. Elle n'est pas uniquement la secrétaire des séances de médecine préventive, mais s'occupe de toutes les liaisons avec les consultations médicales, hôpitaux, services d'assistance et prend les mesures d'ordre prophylactique qui s'imposent dans la famille d'un étudiant reconnu malade. Ceci au point de vue de l'examen de médecine préventive seulement. Son rôle purement social, c'est-à-dire avant et après cet examen, est aussi nécessaire. Elle reçoit les étudiants, apprécie l'opportunité de l'aide à apporter à leurs misères, s'occupe de leur logement et de leur nourriture, visite les malades, s'assure s'ils se font correctement soigner et doit enfin donner à des êtres souvent déracinés, perdus dans la ville universitaire, loin de leur famille et de leur milieu habituel dont ils sont souvent pour la première fois séparés, l'aide morale qu'ils attendent d'elle.

III. — ORGANISATION MEDICALE

A) Organisation des séances d'examen

L'examen se compose habituellement de deux séances. La première est consacrée à l'interrogatoire et à la cuti-réaction. L'étudiant est convoqué à nouveau quelques jours après pour la lecture de la cuti-réaction, l'examen radioscopique et, s'il y a lieu, clinique. C'est cette seconde séance qui est la plus importante et il y a lieu de se poser, à son propos, les deux questions suivantes :

1° — *Nombre d'étudiants convoqués*

La plupart des services convoquent les étudiants par séries de 30 à 40, mais certains services les convoquent par séries de 75 et même de 100. Il n'est pas possible de fixer d'une façon uniforme le nombre d'étudiants à convoquer à chaque séance. En effet, il est fonction des techniques employées et celles-ci varient d'un service à l'autre. A l'heure actuelle, certains services pratiquent seulement la cuti-réaction et la radioscopie, les autres font un examen plus ou moins approfondi.

2° — *Nombre de médecins collaborant à chaque séance*

Le nombre de ceux-ci est également fonction des techniques utilisées. A Paris, un médecin est convoqué pour 40 sujets examinés ;

ailleurs, on convoque un, deux ou même quatre médecins par série d'étudiants. Ce sont les centres qui se contentent d'un examen radioscopique qui ne demandent le concours que d'un seul médecin. Les centres réalisant un examen plus complet en ont besoin d'au moins deux.

B) Précautions a prendre pour assurer le respect du secret médical

La fiche médicale a été, nous l'avons déjà remarqué, constamment remaniée de façon qu'elle soit parfaitement anonyme. Pas plus que le nom, l'adresse complète de l'étudiant n'y figure plus. Seul est noté le nom de l'endroit où habite l'étudiant car il n'est pas indifférent, pour des raisons statistiques, de savoir s'il habite la ville ou la campagne. L'adresse exacte figure seulement en regard du nom de l'étudiant pour le répertoire : registre ou fiches de références qui ne doivent pas sortir des mains du médecin chargé du secrétariat technique du service.

L'interrogatoire social, pour se faire dans de bonnes conditions, doit avoir lieu entre la personne qui interroge et l'étudiant seul. Agir autrement, c'est s'exposer à recueillir des antécédents pathologiques personnels ou familiaux inexacts. La plupart des services interrogent, de ce fait, dans des conditions à peu près satisfaisantes d'isolement. L'exiguïté habituelle des locaux ne s'y prête d'ailleurs pas toujours parfaitement. Quelques services (Alger) font remplir l'interrogatoire social par l'étudiant lui-même et le contrôlent sur place pour éviter les réponses fantaisistes.

Lorsque les étudiants subissent le contrôle radioscopique, il faut prendre des précautions pour que les remarques faites à un étudiant au sujet de son image radioscopique ne soient pas entendues par ses camarades. On a souhaité parfois faire passer séparément chaque étudiant en radioscopie. Le secret serait alors absolu. Mais cette solution se heurte à des difficultés pratiques telles qu'elle n'est pas réalisable. Il faut en adopter d'autres :

Dans les services à très grand débit, où l'on utilise une radiocabine, le médecin pourrait dicter les conclusions de son examen à l'écran, au moyen d'un microphone, de façon à n'être entendu que par la secrétaire et non par les étudiants qui assistent aux examens. Dans les services à faible débit, où l'on passe les étudiants par grou-

pes de 5 à 6, il convient de noter par écrit, au moyen d'un croquis rapide, les anomalies relevées, sans en parler devant les étudiants présents. Il suffit, en fin de séance, de demander discrètement à ceux des étudiants pour qui on a remarqué quelque chose, d'attendre que le médecin les voit l'un après l'autre et isolément dans son cabinet. On peut justifier cette attente supplémentaire par un prétexte quelconque : renseignements médico-sociaux incomplets, par exemple.

C) Rédaction de la fiche médicale

1° — *Renseignements sociaux et antécédents*

Dans les services où les effectifs sont peu élevés, c'est l'assistante sociale qui procède à cet interrogatoire. Dans les services des Grandes Universités, ce sont, soit les assistantes sociales, soit, innovation généralement très bien accueillie, des étudiants en médecine, externes des hôpitaux de la ville, qui posent les questions à leurs camarades. Ce système des « étudiants interrogateurs », à qui sont alloués une faible vacation, est rapide, ne peut entraîner de conséquences fâcheuses au point de vue du secret professionnel puisqu'ils y sont soumis, et met l'étudiant interrogé dans un climat de confiance très propice à l'exactitude des renseignements fournis, particulièrement à propos des maladies vénériennes.

2° — *Résultats médicaux*

C'est le médecin ou l'assistante qui lui sert de secrétaire qui les consigne. Les réponses comportent : soit un renseignement positif plus ou moins détaillé, selon les cas, soit la mention néant. On se contente de répondre évidemment aux questions concernant les examens rendus possibles par l'organisation matérielle du service. Si un examen quelconque, examen des yeux ou analyse d'urines, n'est pratiqué que pour quelques étudiants seulement à l'exclusion des autres, sa notation sur la fiche peut avoir de l'intérêt pour l'étudiant et pour le service, mais n'en a plus au point de vue statistique, qui seul permettra de déterminer les mesures propres à améliorer les conditions de vie et l'état sanitaire de l'ensemble des étudiants. On ne doit pas, en effet, perdre de vue que si la fiche médico-sociale sert à conserver un document précis sur la santé de l'étudiant, elle a aussi une grande importance statistique.

D) Nature des explorations médicales pratiquées

1° — *Biométrie*

a) *Mensurations :* Poids. Taille. Périmètre thoracique.

On arrondit au centimètre ou au kilogramme les résultats obtenus. Le périmètre thoracique moyen est obtenu en prenant la moyenne des valeurs obtenues en inspiration puis en expiration. Il est généralement mesuré à la hauteur de la ligne xyphoïdienne.

b) *Spirométrie.*

Il semble que l'emploi systématique de cette méthode ait causé quelque déception, en particulier par des résultats variables fournis par divers facteurs. C'est une mesure difficile, en effet, à exécuter correctement en série. Elle est, pour l'instant, considérée en conséquence comme facultative.

2° — *Dépistage antituberculeux*

a) réactions tuberculiniques.

Les épreuves à la tuberculine sont pratiquées par tous les services de médecine préventive universitaire chez tous les étudiants et étudiantes. N'en sont dispensés que ceux chez qui elles ont donné antérieurement un résultat positif contrôlé par un service de M.P.U. ou par un autre service officiel ou prouvé par l'attestation écrite d'un praticien. On pratique, soit la cuti-réaction de Von Pirquet seule, soit l'intra-dermo-réaction de Mantoux, soit les deux successivement après échec de la première. La grande majorité des services pratiquent la cuti-réaction seule et expriment ses résultats de la façon suivante :

Réaction très forte phlycténulaire.....	+ + +
Réaction forte avec papules volumineuses ..	+ +
Réaction d'intensité modérée ou faible	+
Résultat douteux	±

Il est capital de remarquer, au sujet de ces résultats, que les cuti-réactions ne se font pas de façon univoque mais avec des variations portant sur le personnel, la technique, le peu de précautions prises pour laisser la tuberculine en contact, le délai de lecture, etc..., si bien que les statistiques en sont considérées comme faussées à la

base et appellent des réserves. Il est nécessaire, pour y remédier, de rappeler la nécessité de faire pratiquer la cuti-réaction par des médecins ou étudiants en médecine instruits. Le professeur Barjéty, approuvé par l'Assemblée de médecine préventive universitaire de 1944, conseille de procéder ainsi :

a) Technique :

1° Scarification témoin horizontale à la face externe du bras ou antérieure de l'avant-bras, longue de 1 cm.

2° Cinq centimètres plus bas, déposer sur la peau une goutte de tuberculine brute et, à travers elle, faire une nouvelle scarification, parallèle à la première, longue également de 1 cm. Ne pas faire saigner, mais produire cependant l'apparition d'un fil rosé.

3° Attendre 10 minutes et recouvrir la cuti-réaction d'un mince nuage d' « ouate ».

b) Lecture :

1° *le jour idéal* : c'est le quatrième jour ;

2° *appréciations.*

Lorsqu'il y a non seulement rougeur, mais aussi une papule palpable débordant de 2 millimètres la scarification, la réaction est moyenne : +. Si la papule déborde de 5 millimètres, la réaction est forte : + +. La réaction phlycténulaire, nous le savons, se marque par : + + +.

c) Intra-dermo-réaction consécutive.

Au cas de cuti-réaction négative ou douteuse, il est souhaitable de faire une intra-dermo-réaction avec un dixième de centimètre cube de tuberculine spécialement délivrée par l'Institut Pasteur. C'est ce qu'ont fait Rennes, Dijon, et « Paris-Beaux-Arts » en 1944-1945. Une expérience intéressante avait conclu à Strasbourg, en 1935, à l'insuffisance de la cuti-réaction dans la détermination de l'allergie et à la nécessité de l'intra-dermo-réaction.

B) EXAMENS RADIOLOGIQUES DE PREMIER CONTACT.

La radiographie systématique étant trop onéreuse et d'ailleurs inutile dans l'immense majorité des cas, on utilise d'autres techniques que nous allons envisager :

1° — *Techniques*

Les services de M.P.U. font tous des radioscopies, à l'exception de Dijon et Lille qui pratiquent la radiophotographie comme premier examen radiologique du thorax. La question est digne d'intérêt et l'on peut discuter avantages et inconvénients de l'une ou l'autre méthode.

a) *radioscopie.*

Elle présente l'avantage d'être moins onéreuse que les autres méthodes, mais elle possède des inconvénients certains. Sa sensibilité de dépistage est tout d'abord insuffisante : elle est incapable de révéler certaines images de début de la tuberculose pulmonaire. Elle constitue d'autre part pour l'opérateur, qui est soumis pendant un temps prolongé à l'action des rayons, au cours d'examens très nombreux, une fatigue et un danger en le soumettant malgré les écrans protecteurs, à l'action durable de ces rayons. Elle comporte aussi une possibilité de divergence dans les interprétations radioscopiques, du fait d'un coefficient personnel propre à chaque opérateur, si plusieurs médecins y participent. Enfin, elle ne laisse dans les dossiers aucune trace objective de l'examen. Les tenants de la radioscopie affirment en revanche que : « pratiqué avec un bon matériel, par un œil bien exercé, un examen radioscopique bien fait ne laisse rien échapper ».

b) *radiophotographie.*

Présente une infériorité de détection par rapport à la radiographie, mais elle est, à ce point de vue, supérieure à la radioscopie. Elle suffit, affirme ses partisans, à presque toujours distinguer le sain du pathologique, but exclusif du dépistage. Rares sont les cas où subsiste un doute et il devient facile, en raison de leur petit nombre, de les éclairer complètement par la demande d'une radiographie.

D'autre part, la radiophotographie ne présente aucun des inconvénients de la radioscopie. Elle se fait sans fatigue pour l'opérateur, à une cadence rapide : 100 à 150 prises de clichés à l'heure. Elle permet ainsi une économie de temps considérable. Elle est de lecture facile, réduit au minimum le coefficient personnel et laisse dans le dossier un document objectif susceptible d'être consulté à tout moment et d'être comparé à des épreuves ultérieures. Enfin, elle ne présente pas les inconvénients financiers de la radiographie, chaque cliché revenant environ à 2 francs après le développement. Lille, qui

s'est fait le champion de cette méthode, a vérifié ces vues théoriques par l'expérience. Le service n'a eu à demander qu'environ 1,5 % de radiographies, tandis qu'une radioscopie systématique aurait demandé, selon la même Université, 5 fois sur cent l'intervention de la radiographie.

Cette méthode n'est pourtant pas à l'abri de toute critique. Elle exige des conditions techniques extrêmement rigoureuses, faute de quoi sa sensibilité devient inférieure à celle de la radioscopie. Elle nécessite l'emploi de techniciens très avertis. Un test proposé par le Professeur Loëffler, de Zurich, pourrait rendre compte objectivement de la supériorité ou simplement l'efficacité de la radiophotographie. Il a remarqué que 5 fois sur 1.000 environ, on trouve un lobe azygos au cours d'un examen systématique quelconque. Si l'on retrouve cette proportion après lecture des clichés radiophotographiques, c'est que leur lecture aura été suffisante.

2° — *Classification des aspects radiologiques constatés*

Il a été décidé de recourir à une description purement morphologique et aussi minutieuse que possible. De cette façon, la comparaison des images thoraciques d'un même étudiant d'année en année et celles de l'ensemble des étudiants au point de vue statistique, en sera facilité.

a) *Anomalies essentiellement pleurales et diaphragmatiques.*

— Ankylose d'un sinus costo-diaphragmatique ou symphyse interlobaire.
— Placard opaque étendu tel que le réalise une pachypleurite.
— Opacité semblant traduire un épanchement liquidien plus ou moins abondant.
— épanchement gazeux paraissant spontané.

b) *Anomalies de l'image pulmonaire elle-même.*

Tous les états tels que : infiltrat précoce, tuberculose apicale, tuberculose intercléidohilaire, caverne isolée, kystes pulmonaires isolés figurent dans la classification adoptée sous l'une des trois rubriques :

— opacité homogène
— opacité non homogène
— image excavée

dans une partie d'un lobe

Tandis que les aspects tels que : lobite, épituberculose lobaire,

atélectasie lobaire sont classées de la même façon mais avec la mention : « image occupant tout un lobe ». D'autres images de même aspect peuvent exister étendues au delà des limites d'un lobe. Il suffit de le mentionner.

On décrit les images multiples ou disséminées en : micronodules, taches disséminées, images excavées multiples, images à topographie broncho-vasculaire (périlobulite, traînées sous-hilaires), image ganglionnaire.

c) *Modifications liées à collapsothérapie :* pneumo-thorax, phrénicectomie, thoracoplastie.

d) *Cœur et médiastin :*

— Cœur en goutte.
— Transposition viscérale : dextrocardie.
— Hypertrophie cardiaque globale.
— Saillie de l'arc inférieur gauche (arc ventriculaire).
— Saillie de l'arc moyen.
— Saillie de l'arc inférieur droit.
— Saillie de l'arc supérieur gauche (arc aortique).
— Elargissement de l'ombre aortique.
— Elargissement de l'ombre de l'artère pulmonaire.
— Déroulement aortique (en position transverse)
— Saillie de l'oreillette gauche —

c) EXAMENS COMPLÉMENTAIRES.

Quand l'image thoracique est anormale, elle entraîne un examen clinique complet s'il n'a pas lieu habituellement. La prise d'un cliché radiographique, la recherche du bacille dans l'expectoration ou dans le liquide gastrique par tubage si nécessaire, un examen du sang pour l'étude de la sédimentation globulaire, recherche des granulations toxiques, dosage de l'haptoglobine. Rappelons que ces examens sont obligatoires au même titre que l'examen normal.

La radiographie présente une série d'avantages qui sont la contre-partie des inconvénients de la radioscopie. Elle constitue la méthode la plus sensible dont nous disposions pour déceler la tuberculose à son extrême début. Par contre, elle est très coûteuse. On a calculé à Lille ,en 1941, qu'un cliché coûtait, film, manipulations, fournitures diverses compris, une cinquantaine de francs. Ce chiffre

doit être, à l'heure actuelle, affecté du coefficient 2. Le nombre d'étudiants ayant besoin d'une épreuve radiographique varie selon les Universités entre 1 et 3 %, ce dernier chiffre étant le plus souvent rencontré.

3° — *Lutte anti-vénérienne*

a) *Ce qu'il faut faire.*

Cette lutte est de grande importance. Il faut avouer que les circonstances actuelles et l'organisation matérielle souvent très insuffisante des centres ne permettent pas de lui réserver la place qu'elle mérite. Les grandes lignes en sont fixées par le vœu émis par l'Académie de Médecine le 8 Octobre 1942, sur la proposition de M. le Professeur Gougerot :

« 1° — De prier instamment les médecins chargés de l'examen médical préventif des étudiants de profiter de cet examen de médecine préventive pour faire une recherche discrète mais systématique de la syphilis et de la gonococcie.

« 2° — Donc d'interroger discrètement sur les antécédents d'urétrite et, lors de l'examen des urines qui doit être fait pour des raisons de médecine générale, d'examiner microscopiquement les urines et, s'il y a la moindre anomalie (filaments, etc...) d'envoyer ces urines au laboratoire afin d'y rechercher les gonocoques.

« 3° — De proposer et non imposer une séro-réaction à chaque étudiant examiné.

« 4° — D'enquêter discrètement sur les possibilités de syphilis acquise ou héréditaire et, s'il y a doute, d'insister pour obtenir la séro-réaction.

« 5° — Si le laboratoire constate des signes de Σ ou de gonococcie, l'étudiant sera prévenu confidentiellement par le médecin examinateur et les moyens de traitement lui seront indiqués.

« 6° — L'examen de médecine préventive sera renouvelé chaque année pour tous les étudiants en cours de scolarité. »

Mais des objections d'ordre pratique en ont empêché toute réalisation. Ainsi à Paris l'exiguïté des locaux entraînant un surpeuplement des salles, du bruit et l'impossibilité d'un interrogatoire confidentiel ajoutée au grand nombre d'étudiants à examiner, qui empê-

che de consacrer à chacun un assez long temps, rend illusoire toute tentative d'enquête surtout discrète. Le manque de place a fait renoncer à l'examen chimique systématique des urines, donc à fortiori, à toute investigation microscopique. Enfin, on ne pouvait, avec les fonds et le personnel dont on disposait, faire plus qu'un examen radioscopique associé à une cuti-réaction. Et ces raisons alléguées à Paris, l'ont été aussi en beaucoup d'endroits. Quelques Universités ont cependant réussi à organiser une lutte antivénérienne efficace, en particulier Grenoble. Remarquons d'ailleurs qu'elle est curative et non systématique.

b) *La réalisation de Grenoble.*

Elle offre les avantages suivants :

— Anonymat complet.
— Libre choix du médecin.
— Affranchissement des rigidités d'une consultation à heures fixes.
— Soustraction de l'étudiant au jugement souvent humiliant d'une classe sociale différente de la sienne et qui forme l'élément principal d'un service antivénérien de dispensaire.

Les faits se passent de la façon suivante :

L'étudiant s'adresse d'abord au médecin du centre. Médecin qui joue le rôle de contrôleur. Ce dernier détient les carnets à souches comportant 4 fiches anonymes (le malade s'individualise par un matricule) et destinées :

— la première au secrétaire dans un but statistique,
— les trois autres au médecin choisi comme spécialiste par l'étudiant. L'une reste en la possession du praticien. Sur la seconde, il mentionne la durée du traitement et les frais approximatifs qu'il entraîne (laboratoire compris). Sur la troisième, qui n'est remplie qu'après guérison, il mentionne le montant effectif de ses honoraires. (Les deux dernières fiches sont envoyées au centre.)

C'est une subvention gouvernementale qui assume les frais de l'organisation.

c) *Réalisations systématiques.*

Nice en 1944-1945 : 496 examens de sang systématiques, 1 B.W. positif.

4° — *Examen clinique général*

a) *Ce qu'on a fait.*

Il ne s'agit pas de faire en série des simulacres d'examens cliniques complets si l'on n'a ni le temps, ni la place, ni le personnel. Ils n'auront aucun intérêt, ni pour les intéressés, ni pour l'étude générale de leur pathologie. C'est pourquoi plusieurs services ont délibérément abandonné l'examen de tel ou tel appareil commme donnant des résultats par trop variables, ou limité volontairement leurs investigations à l'essentiel, faute de la possibilité de faire mieux. Les services, au point de vue de l'examen clinique, sont donc très inégalement exigeants. Paris se contente de la radioscopie et cutiréaction. Lyon ajoute l'auscultation cardiaque et la prise de tension artérielle. Grenoble l'examen d'urines et Lille fait un examen très minutieux de l'étudiant. Il serait à notre avis préférable de prendre comme critère la notion d'efficacité. Il faut que l'examen de médecine préventive rende service à l'étudiant. Certaines affections sont aisément décelables par un examen systématique ; ce sont elles qu'on doit s'attacher à rechercher :

1° — appareil cardio-vasculaire, affections cardiaques, hypertension,
2° — reins : néphrite, découverte d'une albuminurie,
3° — maladies diathésiques : découverte d'une glycosurie (diabète sucré),
4° — glandes endocrines : goitre exophtalmique, insuffisance thyroïdienne,
5° — affections ostéo-articulaires méconnues,
6° — affections sensorielles : myopie, astigmatisme, daltonisme, surdité.

Mais une telle recherche n'est pas possible actuellement et il a été nécessaire de définir les investigations pouvant être pratiquées en série et donnant des indications précises permettant de diriger le sujet depisté vers des examens complémentaires plus approfondis.

L'Assemblée du 7 Juillet 1945 a prescrit comme obligatoires actuellement :

— l'auscultation des poumons (ne serait-ce que du point de vue moral),
— l'auscultation du cœur,
— l'examen d'urines.

sont facultatifs : la tension artérielle, l'acuité visuelle avec et sans lunettes, la mesure de l'ouïe, la spirométrie.

En fait, il faut avouer que dans beaucoup d'endroits, particulièrement à Paris, des questions matérielles ont empêché toute autre exploration que l'examen pulmonaire.

5° — *Examens complémentaires*

Lorsque certains signes permettent d'en envisager l'utilité, les malades sont dirigés sur des services hospitaliers qui effectuent les examens complémentaires nécessaires ; ce cas est fréquent en oto-rhino-laryngologie, neuropsychiatrie et gastro-entérologie. Il est à noter que l'examen collectif interdit presque toute investigation neuro-psychiatrique.

6° — *Aptitude aux sports*

La solution généralement préférée consiste à mettre à côté du médecin examinateur de la M.P.U. un interne envoyé par l'institut d'éducation physique ayant reçu un enseignement de médecine physiologique au titre sportif et qui tire les conclusions nécessaires au point de vue éducation physique (Grenoble). La question se pose de savoir s'il faut faire un examen systématique d'aptitude à l'éducation physique pour les 70.000 étudiants environ susceptibles d'en bénéficier, ou s'il vaut mieux renoncer à cet examen et payer un examen complet pour les 20.000 étudiants réellement désireux de pratiquer le sport. C'est ce qui a été récemment adopté, le Ministère de la Guerre contribuant aux frais de l'examen physiologique complet des étudiants soumis à la préparation militaire.

E) Appréciation des données de l'examen

1° — *Définition de la tuberculose découverte par dépistage*

Il est indispensable, pour apprécier les résultats de la médecine préventive universitaire, que l'on distingue les étudiants malades réellement dépistés et ceux qui se savaient déjà atteints. En particulier, les étudiants convalescents ou guéris de tuberculose ne doivent en aucun cas, être considérés comme des tuberculeux dépistés ; cela fausse complètement les résultats statistiques. En particulier, les sujets porteurs d'images calcifiées ou de tractus séquelles, ne doivent pas

alourdir chaque année le contingent des tuberculeux dépistés. On doit considérer comme dépisté un malade réellement méconnu.

D'autre part, il faut fixer un critérium pour qu'un étudiant soit considéré comme tuberculeux et cela n'est pas aisé.

Il serait excessif de ne considérer comme tuberculeux que les étudiants chez qui on a pu mettre en évidence des bacilles. Ceux qui sont porteurs d'une image cavitaire ou suspecte de cavité, ou encore d'une épi-tuberculose, doivent être classés comme tuberculeux (et comme tuberculeux dépistés si ces anomalies étaient méconnues jusque là).

Il faut donc adopter un test de dépistage. Grenoble et Paris ont adopté celui de Troisier, Poix et Bour et l'on ne compte comme tuberculeux dépisté que ceux qui :

1° présentent au moment de l'examen une excellente santé apparente ;

2° présentent une tuberculose confirmée radiologiquement et bactériologiquement.

Les aggravations méconnues d'une tuberculose connue doivent être considérées comme dépistées.

2° — *Dépistage d'autres affections*

En dehors de la tuberculose pulmonaire, la notion de dépistage ne peut s'appliquer qu'à un nombre réduit d'affections. Sous le terme d'affection dépistée, on entendra tout diagnostic posé par le service de M.P.U. au sujet d'une maladie jusque là inconnue de l'étudiant. Le bilan des affections dépistées est particulièrement nécessaire, car il est le témoin essentiel de l'utilité du service de M.P.U. et de son activité.

3° — *Conclusions médicales*

Ces conclusions sont formulées par le médecin chargé du secrétariat technique du service de M.P.U. Il les établit une fois qu'il est en possession de tous les examens demandés, si toutefois l'étudiant s'est prêté à ces recherches. C'est une question de discipline librement acceptée pour laquelle il faut compter sur l'influence que le service de M.P.U. exerce sur les étudiants par son ascendant et par les qualités de compréhension et de psychologie de ses médecins.

On peut conclure de trois façons différentes :

1) Sujet normal (étant bien entendu que cette affirmation ne

porte que sur les examens faits au service de M.P.U., en tenant compte également des conditions dans lesquelles ils ont été pratiqués).

2) Sujet apparemment normal mais à surveiller :
surveillance du poids,
surveillance radiologique,
à revoir dans X temps.

3) Sujet atteint d'une affection ou d'un trouble pathologique :
Ici on formule un diagnostic tel que

caverne pulmonaire,
séquelles de pleurésie,
rétrécissement mitral,
Basedow fruste.

On précisera aussi si l'affection était connue de l'intéressé ou découverte par le service. Mais il s'agira surtout de donner des conseils à l'étudiant et d'avoir assez d'influence morale sur lui pour qu'il les suive. On pourra être aussi amené à lui indiquer comme utile l'hospitalisation, l'admission au sanatorium, une mise en observation, la consultation de tel ou tel spécialiste. On pourra enfin lui remettre une lettre pour le médecin, la famille, ou le signaler au service social universitaire pour l'attribution d'un secours ou d'un bon de restaurant.

F) Élaboration d'une doctrine

Vaccination par le B.C.G.

Les Assemblées de médecine préventive ont jugé très souhaitable que les étudiants, particulièrement exposés (étudiants en médecine) soient obligatoirement vaccinés par le B.C.G., mais comme il est nécessaire d'empêcher l'étudiant de se contaminer pendant les 2 ou 3 premiers mois après sa vaccination, il y a intérêt à le vacciner au P.C.B., lorsqu'il ne fréquente pas l'hôpital, ou bien avant les grandes vacances.

Ainsi le fonctionnement de la Médecine Préventive Universitaire justifie la phrase de Bergson mise en exergue à ce chapitre. Du principe très simple : protéger la santé de l'étudiant, découle une considérable variété d'investigations.

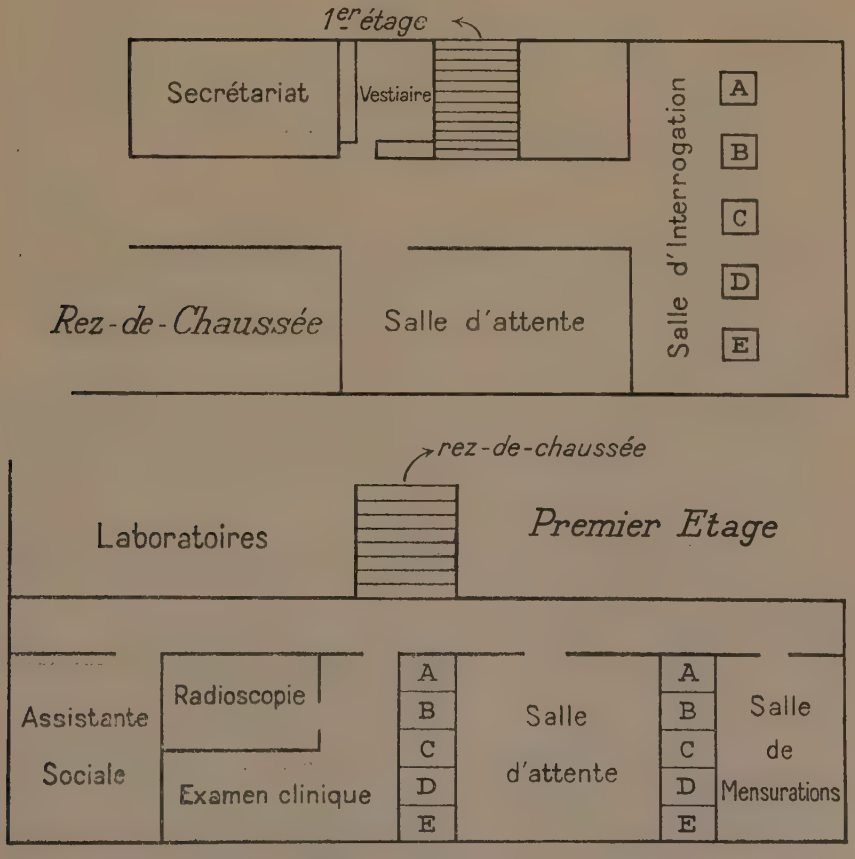
Chapitre V

UN CENTRE DE MÉDECINE PRÉVENTIVE UNIVERSITAIRE EN ACTION

« Les exemples vivants sont d'un autre pouvoir. »

CORNEILLE.

PLAN DU CENTRE DE PARIS
FACULTÉ DE DROIT



Après avoir décrit l'organisation de la médecine préventive universitaire d'une manière en quelque sorte statique, il importe maintenant de la considérer d'un point de vue dynamique et, pour cela, rendre compte d'un centre en fonctionnement.

C'est le service de Paris, Faculté de Droit, que nous avons pris comme exemple, non seulement parce que nous le connaissons bien pour y avoir collaboré, mais aussi pour d'autres motifs. D'abord, il est installé dans les locaux du pavillon médical de la Cité Universitaire et bénéficie de ce fait d'une organisation matérielle exceptionnellement spacieuse et confortable, dotée d'un appareillage radiologique excellent, ainsi que de laboratoires parfaitement aménagés. Ensuite, il est d'un accès fort commode pour les étudiants en droit puisque situé à quatre minutes de leur Faculté par le métro. Enfin, placé en bordure du Parc Montsouris et au milieu des jardins de la Cité, c'est le plus accueillant des centres de Paris. Pour toutes ces raisons d'installation, de commodité et d'agrément, il apparaît comme la préfiguration du futur centre de médecine préventive universitaire à Paris qui sera d'ailleurs bâti non loin de lui.

L'étudiant, convoqué par lettre personnelle quelques jours auparavant, se rend au rendez-vous fixé. Le service a pris soin d'échelonner les convocations par petits groupes, de quart d'heure en quart d'heure. Aucun embouteillage ne se produit et c'est dans un calme parfait qu'est accueilli notre juriste par un étudiant, chargé d'assurer le bon ordre de la visite.

Il passe d'abord au vestiaire, il y reçoit, comme au théâtre, un carton en échange des objets qu'il dépose. Ce carton porte une lettre et un numéro et est de couleur différente selon que l'étudiant vient ou non pour la première fois.

Dans le premier cas, il entre, face au vestiaire, dans une vaste salle que d'excellents fauteuils, entourant des guéridons surchargés de revues, rendent accueillante.

Dans le second cas, il attend dans une salle aussi confortable que celle du rez-de-chaussée, mais située au premier étage.

Le visiteur que nous suivons vient pour la première fois. Il est donc introduit dans le salon du rez-de-chaussée. Une demi-douzaine de ses camarades attendent déjà. Il est à peine installé que l'ordonnateur vient chercher l'un d'eux, en appelant la lettre et le numéro de son vestiaire. Le tour de notre étudiant arrive bientôt et son

guide le conduit dans une vaste salle où l'interrogatoire médico-social a lieu.

Cet interrogatoire est effectué par cinq externes des hôpitaux de Paris. Un espace de deux mètres sépare chacun de leur bureau qui porte très apparemment une lettre alphabétique : A, B, C, D ou E. La lettre de son carton de vestiaire renseigne l'étudiant sur l'interrogateur qui lui est destiné. Le chiffre est un numéro d'ordre. Les questions sont posées avec tact et précision. Les réponses font preuve, lorsque c'est, comme ici, un étudiant qui en interroge un autre, d'une confiance, d'une bonne volonté et d'une exactitude que d'autres systèmes d'interrogation ne possèdent pas la vertu de susciter. L'éloignement des bureaux et le dialogue à mi-voix garantissent le respect du secret nécessaire. Le groupement des interrogateurs dans une même salle a l'avantage de créer entre eux une certaine émulation et de simplifier le circuit. Les renseignements sociaux et les antécédents héréditaires et personnels sont portés sur la fiche au fur et à mesure qu'ils sont éclaircis. L'étudiant ne dit pas son nom. C'est le numéro de son carton de vestiaire qui le désigne et qui est mis en tête de son interrogatoire. Celui-ci terminé, la fiche lui est remise et il est dirigé vers la salle d'attente du premier étage.

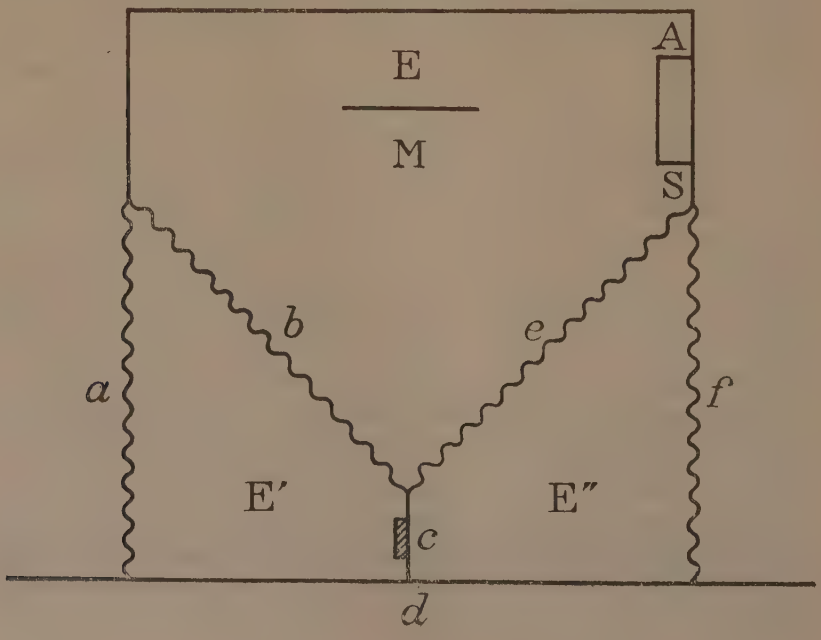
La seconde partie de son examen commence par les mensurations faites dans la salle de biométrie. Pour y pénétrer, il doit passer par un des cinq déshabilloirs de gauche, marqués A, B, C, D, E, et que sa lettre de vestiaire lui indique. Dans la cabine, une affichette lui demande de se mettre torse nu et de retirer ses souliers. La cabine est à double issue, la seconde porte s'ouvre sur la salle de biométrie où travaillent deux équipes formées d'un secrétaire et d'un externe. Notre étudiant donne sa fiche à l'un des secrétaires qui, à ce moment seulement, lui demande son nom et son adresse et les inscrit sur un répertoire, en face du numéro de vestiaire porté en tête des renseignments sociaux. La fiche reste donc parfaitement anonyme. Le répertoire alphabétique permet de savoir si l'étudiant a eu ou n'a pas eu une épreuve positive à la tuberculine, vérifiée dans le service et le résultat des précédents examens médicaux préventifs. C'est dans cette salle en effet que se trouvent les classeurs contenant les fiches des années précédentes.

Si l'étudiant n'a pas eu d'épreuve tuberculinique positive, l'ordre des explorations médicales est le suivant : pesée, mesure de la taille, du périmètre thoracique moyen, intra-dermo-réaction avec un milli-

gramme de tuberculine Institut Pasteur. Après quoi, l'étudiant se voit fixé un nouveau rendez-vous pour la suite des examens et lecture de son intra-dermo-réaction. L'intervalle est de quatre jours.

Si, au contraire, l'épreuve tuberculinique a été dûment positive, les mensurations sont seules pratiquées et l'étudiant est dirigé aussitôt après vers la salle d'examens cliniques située de l'autre côté de la salle d'attente. Il s'y retrouve avec les étudiants venant faire vérifier leur intra-dermo-réaction et compléter les investigations médicales les concernant. La rangée droite des déshabilloirs leur est affectée, marquée des lettres A, B, C, D, E. Les deux séries d'étudiants les utilisent ; les uns comme les autres ont des numéros identiquement composés et le nombre de chaque catégorie est prévu pour éviter une attente par trop prolongée. Par ces seconds déshabilloirs, les étudiants ont accès dans la salle d'examens cliniques. Ils y trouvent un médecin et un secrétaire. Les dossiers de ceux venant pour la seconde fois sont préparés. Quant aux fiches des étudiants subissant la visite en une fois, ils en sont porteurs. Le médecin, s'il y a lieu, vérifie l'intra-dermo-réaction et, dans tous les cas, pratique une auscultation soigneuse du cœur et des poumons. Les ressources et l'organisation actuelle du centre ne permettent pas de faire davantage.

C'est dans la salle où a lieu l'examen clinique que les étudiants



attendent leur tour de pénétrer dans la salle de radioscopie contiguë. Car, et c'est là une très heureuse innovation, l'examen radioscopique au Centre de Paris-Droit est rendu strictement individuel grâce à un ingénieux système, mis au point par le secrétaire du centre, le docteur R. Lacourbe. Ce dispositif est d'autant plus digne d'être signalé qu'il est facilement adaptable à toute installation radioscopique sans radio-cabine.

L'étudiant (E) examiné est seul avec le médecin (M) et l'assistante sociale (S). Il peut donc être averti d'un état pulmonaire suspect possible sans que nul, parmi ses camarades, ne le sache. En effet, l'étudiant qui lui succèdera (E') attend son tour dans le sas d'entrée 1, qui, en coupe, figure un trapèze rectangle dont les côtés *a* et *b* sont d'épais rideaux, *c* et *d* des panneaux de bois. Il ne peut rien entendre. De plus, il est dans l'obscurité et son œil accommode, pendant le temps que dure l'examen de son prédécesseur. Quand celui-ci est terminé, l'assistante déclenche un mécanisme d'appel. Le voyant lumineux fixé en *e* qui, jusque-là, commandait « attendez », donne l'ordre « avancez ». En même temps, retentit un timbre. Pendant que l'étudiant examiné soulève le rideau *e*, l'étudiant à examiner soulève le rideau *b*. A aucun moment un rai lumineux n'est venu troubler l'accommodation du médecin examinateur. Les nécessités d'une cadence rapide d'examen radioscopique et le respect absolu du secret médical sont, avec ce dispositif, parfaitement conciliés.

L'étudiant qui vient de subir cet examen, sort de la salle de radioscopie, rejoint sa cabine et pendant qu'il se vêt, son dossier parvient au bureau de l'assistante sociale. Elle délivrera l'attestation de visite au cas où tout est normal. Elle indiquera quels sont les examens complémentaires qui sont demandés au cas où leurmise en œuvre a été jugée utile. Ces examens complémentaires seront pratiqués dans le centre même : radiographie, tubage, sédiométrie. Au cours de séances spécialement organisées et pour lesquelles les étudiants en cause prennent des rendez-vous régulièrement espacés si bien qu'ils ne peuvent se rencontrer à l'intérieur du centre. *La durée totale des examens a été environ :*

examen clinique	4'
radioscopie	4'
formalités	2'
	10' pour la seconde visite.

attente totale	8'
interrogatoire	7'
biométrie et intra-dermo	5'
	20' pour la première visite.

attente totale	8'
interrogatoire	7'
biométrie	4'
examen clinique	4'
radioscopie	4'
formalités	3'
	30' pour une visite unique.

Tout a donc été mis en œuvre pour accroître la valeur de l'examen systématique et en diminuer les inconvénients possibles.

Chapitre VI

PREMIERS RÉSULTATS

> « *Aujourd'hui le mesurable a conquis presque toute la Science et en a discrédité les parties où il n'a pas pu s'introduire.* »
>
> P. Valéry.

Il n'y a qu'à examiner les résultats de la Médecine Préventive tels qu'ils ressortent des statistiques établies depuis 1942 pour voir combien il était nécessaire de l'instituer.

Notre intention n'est pas de passer en revue les 55 questions de la Fiche de Médecine Préventive pour analyser toutes les sortes de réponses qui y ont été faites. Il nous a paru plus pratique et plus démonstratif de les grouper en tableaux dont 5 concernent des renseignements sociaux et 9 des renseignements médicaux.

Toutes les fois où cela a été possible, c'est l'ensemble des résultats de toutes les Universités que nous avons étudié, en raison de la plus grande valeur des conclusions qu'on en peut tirer. Mais lorsqu'une telle façon de procéder s'est révélée difficile ou critiquable, nous avons fait appel aux statistiques de l'Université nous paraissant la plus avertie en la matière. Ainsi Lille pour l'examen clinique complet, Besançon pour l'examen physiologique et sportif. D'ailleurs, très souvent, le tableau général voisine avec un tableau particulier.

Chaque tableau est suivi du commentaire qu'il nous paraît justifier. Ce commentaire se divise en :

— *remarques* nécessaires à l'interprétation des statistiques, et en

— *conclusions* à retenir, selon nous, de leur exposé.

I. — RENSEIGNEMENTS SOCIAUX

Tableau Social N° 1

Origine sociale des étudiants déterminée par la profession du père

Moyennes établies grâce au dépouillement de 14.722 fiches (année scolaire 1942-1943), provenant de six Universités et de deux centres Universitaires, concernant 10.365 étudiants de sexe masculin, 4.357 de sexe féminin et ramenés à 1.000 étudiants.

Profession	Lettres		Sciences		Droit		Médecine		Pharmacie		Total	
	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F
Agriculture	8	8	4	2	25	6	14	6	2	1	53	23
Alimentation	1	2	4	2	10	3	1	1			16	8
Bois		1	1								2	
Construc. Mécanique	2	1	2		2	1					6	2
Batiment			1		1						2	
Transport	2	1	1	1	2		1				6	2
Commerce	6	4	2	1	7	6	4	2	2	1	21	14
Prof. Judiciaire	15	31	38	22	74	36	16	8	1	1	144	98
Service Santé	1	2	2		25	4	4	2	1	1	33	9
Enseignement	2	12	14	8	14	15	27	5	1	1	58	41
Techniciens	2	4	2	2	6	2	2	2			12	10
Lettres - Arts	2	6	6	8	8	6	2	1			18	21
Services publics	6	8	6	4	24	4	2	4	1	2	39	22
Force militaire	4	2	6	7	28	6	4	6	1		42	21
Diverses	18	11	40	20	120	30	20	15	2	2	200	78

Remarques. — Cette statistique n'a pas la prétention de rendre un compte exact de l'origine sociale de tous les étudiants français. En effet, les fiches de l'Université de Paris n'ont pu être utilisées dans l'établissement de ce tableau. Elles ne comportaient pas assez de réponses satisfaisantes. Les chiffres que nous donnons représentent par conséquent la répartition des étudiants de province suivant la profession paternelle.

CONCLUSIONS

1° — Sous la rubrique « professions diverses » sont groupés tous les métiers dont on peut dire que le rapport est modeste : ouvriers, employés, petits artisans, etc... On voit que le nombre des étudiants issus de ces couches sociales est le plus élevé, et cela justifie l'étude de la « pauvreté fréquente de l'étudiant » que nous avons faite dans notre premier chapitre.

2° — Les professions judiciaires donnent ensuite le contingent le plus nombreux d'étudiants et d'étudiantes. Ce doit être une conséquence du fait que notre statistique est surtout « provinciale », que les familles nombreuses sont fréquentes dans les professions juridiques et que tous les enfants y poursuivent leurs études. Ils font surtout le Droit, puis les Sciences, puis la Médecine, puis les Lettres.

3° Les professions agricoles, envoient un grand nombre de leurs fils et filles à l'Université. C'est peut-être encore là la conséquence d'une statistique purement provinciale. Il n'en est pas moins vrai que 8 % des étudiants envisagés sont d'origine rurale. Et cela confirme toute une évolution.

4° Remarquons que les fils de médecins font rarement la médecine, et qu'ils se dirigent surtout vers le Droit. Font particulièrement la Médecine : d'abord les fils et filles des membres de l'enseignement, ensuite ceux et celles des professions judiciaires, ensuite des professions « diverses », puis des professions agricoles et enfin, les enfants de militaires.

5° — Les étudiants issus des classes commerçantes, sont relativement peu nombreux. Faut-il voir là, une incidence des circons-

tances économiques actuelles qui ont incité beaucoup de fils de commerçants à rester à la boutique paternelle, plutôt que d'aller à l'Université. Celle-ci promet moins que celle-là.

*
* *

TABLEAU SOCIAL N° II

Boursiers et non Boursiers par Catégorie d'Etudes
Leur travail possible en dehors de l'Université

Moyennes établies grâce au dépouillement de 11.238 fiches (année scolaire 1942-1943), provenant de 5 Universités, et de deux centres Universitaires, concernant 7.851 étudiants de sexe masculin et 3.377 de sexe féminin, et ramenés à 1.000 étudiants.

Remarques. — Ce tableau portant sur un nombre suffisant de fiches, peut être considéré comme donnant des précisions valables. Il manque là encore les renseignements de l'Université de Paris.

CONCLUSIONS

1° Nous remarquons tout d'abord le plus grand nombre de boursiers dans les disciplines littéraires : Lettres, Droit, que dans les disciplines scientifiques : Sciences, Médecine.

2° On peut objecter qu'il n'y a pas de raison de faire figurer une rubrique « boursiers travaillant en dehors de leurs études », puisque théoriquement une bourse est incompatible avec une autre rémunération, soit publique soit privée. En fait, l'insuffisance des bourses d'Enseignement supérieur, fait admettre en pratique ce cumul.

3° Mais cette statistique est surtout intéressante parce qu'elle nous apprend combien sont nombreux les étudiants qui travaillent en dehors de leurs études. Cela justifie le paragraphe consacré dans notre premier chapitre au « travail de l'étudiant ».

4° La proportion moyenne d'étudiants devant travailler en dehors de leurs études, à titre permanent ou de temps à autre, est d'environ 20 %. La proportion se relève pour les étudiants en droit. Elle est alors de 25 %.

	Lettres			Sciences			Droit			Médecine			Pharmacie			
	H	F	T	H	F	T	H	F	T	H	F	T	H	F	T	
Travaillant en dehors de leurs études (Boursiers)	3	6	9	1	1	2	3	3	6	2	1	3	1		1	21
Boursiers ne travaillant pas en dehors de leurs études	5	6	11	2	5	7	13	5	18	4	2	6	1	2	3	49
Totaux des boursiers par catégorie d'études	8	12	20	3	6	9	16	8	24	6	3	9	2	2	4	70
Non boursiers travaillant en dehors de leurs études	26	21	47	11	10	21	61	35	96	15	7	22	2	1	3	189
Non boursiers ne travaillant pas en dehors des études	60	100	160	55	50	105	202	105	307	116	42	158	36	38	74	743
Totaux des non boursiers par catégorie d'études	86	121	207	66	60	126	263	140	403	131	49	180	38	39	77	932

5° Quelle est la catégorie d'études où les étudiantes doivent surtout avoir une occupation d'appoint ? C'est le Droit. Une remarque doit être tout de suite faite à ce sujet. Des fonctionnaires (institutrices, employées de Ministère, etc...), poursuivent leurs études de droit en même temps qu'elles continuent leurs activités.

***

TABLEAU SOCIAL N° III

Mode de logement des Etudiants et Etudiantes

Moyennes établies grâce au dépouillement de 18.615 fiches (année scolaire 1942-1943), provenant de sept Universités, et deux centres Universitaires, concernant 12.850 étudiants de sexe masculin, et 5.765 de sexe féminin, et ramenées à 1.000 étudiants.

	Nombre d'Etudiants demeurant :		
	DANS LEUR FAMILLE	DANS UNE CHAMBRE MEUBLÉE	DANS UNE MAISON UNIVERSITAIRE
Etudiants	452	153	8
Etudiantes	295	57	35

Remarques. — Cette statistique est faite uniquement des résultats recueillis dans la région sur en 1942, 1943.

CONCLUSIONS

Il y a proportionnellement plus d'étudiantes qui vivent dans leur famille ou dans une maison Universitaire que d'étudiants. Ceci est important et montre qu'en général la vie de l'étudiante est plus raisonnable que celle de l'étudiant. Nous aurons à y revenir dans la discussion des résultats que nous présentons plus loin à propos des réactions allergiques comparées suivant le sexe des étudiants.

***

TABLEAU SOCIAL N° IV

Situation matrimoniale des Etudiants et Etudiantes

Moyennes établies grâce au dépouillement de 27.094 fiches de M.P.U.

(année scolaire 1942-1943) provenant de 12 Universités et quatre centres Universitaires, concernant 18.495 étudiants de sexe masculin et 3.599 de sexe féminin, et ramenées à 1.000 étudiants.

	Nombre d'Etudiants dans ce cas		
	Masculins	Féminins	Total
Etat matrimonial de l'étudiant :	—	—	—
Célibataire	580	350	930
Marié	55	15	70

Remarques. — Cette statistique n'englobe toujours pas Paris. Lyon, Poitiers et Besançon n'y figurent pas non plus.

CONCLUSIONS

1° Il y a environ 7 % d'étudiants mariés. En 1924, un sondage officieux en avait noté à peine 1 %. Cela traduit la tendance actuelle au mariage « jeune ».

2° Au Sanatorium des Etudiants, la proportion des étudiants mariés est beaucoup plus forte que 7 %. Cela doit retenir l'attention. Le mariage amène un certain nombre de soucis et de responsabilités dont le retentissement sur la santé peut être fâcheux.

3° Il y a proportionnellement moins d'étudiantes mariées que d'étudiants mariés. Encore un argument qui nous sera utile dans la discussion de l'index allergique comparé selon les sexes.

*
* *

Tableau Social N° V

Nombre d'enfants des Etudiants, et Etudiantes

Moyennes établies grâce au dépouillement de 19.134 fiches (année scolaire 1942-1943) provenant de 9 Universités et 3 centres Universitaires, concernant 13.140 étudiants de sexe masculin et 5.994 de sexe féminin, et ramenées à 1.000 étudiants.

Nombre d'enfants par Etudiant	*Nombre d'étudiants dans ce cas* Masculins	Féminins	Total
Aucun enfant	603	362	965
1 enfant	21	6	27
2 enfants	6	1	7
3 enfants et plus	1		1

Remarques. — Manquent à nos résultats les statistiques de : Grenoble, Lyon, Clermont, Montpellier, Besançon, Poitiers, Paris.

CONCLUSIONS

1° Presque 3 % les étudiants ont 1 enfant, et presque 1 % deux enfants.

2° Cela justifie les efforts entrepris pour que les étudiants, dans ce cas, touchent les allocations familiales, dont ils sont privés sous prétexte qu'ils n'ont pas de salaire professionnel. Il ne faut pas oublier que les allocations familiales constituent un salaire « social ».

3° Ces chiffres montrent également la nécessité de prévoir une maternité dans la construction future de l'hôpital pour étudiants.

II. — RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

Tableau Médical N° I

Chiffres établis grâce au dépouillement de 59.774 fiches (année scolaire 1942-1943) provenant de 16 Universités et de 6 centres Universitaires, c'est-à-dire de la quasi-totalité des étudiants français, et concernant 39.546 étudiants de sexe masculin et 20.228 de sexe féminin.

Age	Nombre d'Etudiants	Nombre d'Etudiantes	Totaux
15 ans et moins.....	23	13	36
16 ans	19	8	27
17 »	122	62	184
18 »	980	637	1.517
19 »	2.926	1.868	4.794
20 »	5.511	3.093	8.604
21 »	6.522	3.858	10.380
22 »	7.393	3.726	11.619
23 »	6.171	2.775	8.949
24 »	3.080	1.296	4.376
25 »	3.473	1.216	4.689
26 »	902	399	1.301
27 »	655	273	926
28 »	540	281	821
29 »	630	305	935
30 ans et plus	671	334	1.005

Remarques. — Cette statistique englobe la grande majorité des étudiants français. Ces résultats sont donc de grande valeur.

CONCLUSIONS

1° L'âge moyen de l'étudiant est donc 22 ans. L'âge moyen de l'étudiante est donc 21 ans.

2° Au début des études, la répartition des étudiants selon le sexe est dans la proportion de 2 femmes pour 3 hommes. A la fin des études, elle est dans la proportion de 1 femme pour 3 hommes.

3° Les femmes abandonnent plus tôt leurs études que les hommes. Pour l'ensemble des étudiants, 25 ans est l'âge de fin d'études.

Tableau Médical N° II

Taille des Etudiants et Etudiantes

Moyennes établies grâce au dépouillement de 58.758 fiches (année sco-

laire 1942-1943) provenant de 14 Universités, et 3 centres Universitaires, concernant 38.926 étudiants de sexe mascuiln et 19.832 de sexe féminin.

Ages	17	18 19 20 21 22 23 24 25 26
Moyennes arithmétiques de la taille des Etudiants	1 m. 69	1 m. 72
Moyennes arithmétiques de la taille des Etudiantes	1 m. 59	1 m. 60

Remarques. — Cette statistique a le défaut de porter sur des chiffres dont nous ne sommes pas sûrs qu'ils aient été vérifiés à la toise, d'où l'uniformité des résultats au-dessus de 18 ans.

CONCLUSIONS

La taille moyenne du Français étant de 1 m. 70, l'étudiant est plus grand ; comparant sa taille et son poids (voir page suivante), on peut le ranger dans la catégorie morphologique des leptosomes (Kretschmer) ou des cérébraux (Ecole Française).

***

Tableau Médical N° III

Poids des Etudiants et Etudiantes

Moyennes établies de la même façon qu'à la page précédente.

Ages	Moyennes arithmétiques du poids des Etudiants	des Etudiantes
17 ans	60	59,7
18 »	62,6	59,9
19 »	63,3	59,1
20 »	64,3	55,7
21 »	64,8	56,7
22 »	65,1	56
23 »	65,5	55,9
24 »	65	56,4
25 »	64,8	55,6

Remarques. — Le poids a été plus souvent vérifié que la taille. La statistique n'en a que plus de valeur.

CONCLUSIONS

1° L'étudiant moyen pesant 65 kilogs est à 7 kilogs de son poids idéal : 72 kilogs (pour une taille de 1 m. 72).

2° Cette différence est à peu près la même pour toutes les Collectivités de jeunes gens examinés médicalement ces dernières années.

3° Ce poids est trop faible et justifie tous les efforts entrepris en vue d'une alimentation meilleure de l'étudiant, mais il n'est pas alarmant et cela rend compte de ce qui a déjà été fait dans ce domaine.

***

Tableau Médical N° IV

Bilan de l'examen médical préventif en général

Chiffres établis grâce au dépouillement de 51.974 fiches (année scolaire 1942-1943) provenant de 13 Universités et quatre centres Universitaires, concernant 35.738 étudiants de sexe masculin et 15.636 de sexe féminin, et ramenés à 1.000 étudiants.

Affections relevées	Nombre d'Etudiants	Nombre d'Etudiantes	Total
Tuberculose pulmonaire	2	1	3
— intestinale	1		1
— osseuse			
— articulaire	1		1
Autres tuberculoses		1	1
Maladies infectieuses	4	2	6
Tumeurs		1	1
Rhumatismes	2	1	3
Glandes endocrines	9	8	17
Maladies du sang	13	11	24
Intoxications chroniques	1		1
Affections nerveuses	12	1	13
— des organes des sens.	18	4	22
— de l'app. circulatoire.	39	8	47
— de l'app. respiratoire. (sauf tuberculose)	21	5	26
— de l'appareil digestif.	31	14	45
— de l'app. génito-urinre	3	5	8
Maladies de la peau	4	1	5
Maladies des os	3		3
Affect. dentaires (malformations)	15	5	20
Suites d'accidents	2	2	4
Albuminurie fonctionnelle	5	2	7
Aucune affection pathologique	526	238	764

Remarques. — Cette statistique ne peut être absolument considérée comme exacte en raison du fait que l'examen médical n'a été complet que dans un certain nombre des Universités envisagées et dans les autres Universités il n'a été général que pour un certain nombre.

*
* *

TABLEAU MÉDICAL N° IV *bis*

Bilan de l'examen préventif à Lille en 1944-1945

Parmi les affections pulmonaires non tuberculeuses, signalons 18 cas d'asthmes (2.486 étudiants examinés).

Les affections cardio-vasculaires se décomposent comme suit :

6 rétrécissements mitraux — 4 insuffisances mitrales ;
86 tachycardies d'origine neurotonique ;
99 hypertensions discrètes (égales ou supérieures à 18) ;
185 hypotensions (inférieures à 12) ;
15 varices, 12 hémorroïdes, 30 troubles circulatoires périphériques.
400 sujets ont un cœur s'adaptant mal à l'effort (Martinet).

Les affections du tube digestif sont les suivantes :

18 insuffisances hépatiques,
22 foies douloureux,
16 points appendiculaires douloureux,
10 côlites banales,
1 recto-côlite hémorragique,
32 hernies.

Système osseux.

130 scolioses,
12 cyphoses,
25 cypho-scolioses.

Appareil génital :

8 dysménorrhées,
15 aménorrhées, chiffre élevé (voir notre premier chapitre),

8 ectopies testiculaires,
50 varicocèles.

Appareil urinaire :
40 albuminuries,
4 glycosuries non diabétiques.

Glandes endocrines :
17 hypertrophies discrètes de la glande thyroïde,
1 basedow méconnu et dépisté,
8 hypothyroïdies.

Vue :
140 acuités visuelles à corriger ont été dépistées.

Peau :
4 eczémas, 13 pityriasis versicolor.

Ouïe :
90 hypoacousies ont été reconnues.

Dents :
190 cas de caries dentaires non soignées ont été relevées.

Etat général :
130 poids nettement insuffisants.

Appareil hémato-poïétique :
220 hypertrophies ganglionnaires.

***

TABLEAU MÉDICAL N° V

La Tuberculose chez les Etudiants et ses antécédents

Moyennes établies par le dépouillement de 52.914 fiches (année scolaire 1942-1943) provenant de 14 Universités et 6 centres Universitaires concernant 34.595 hommes et 18.319 femmes et ramenées à 1.000 étudiants.

Bilan de l'examen	POSITIF									NÉGATIF									INCONNU								
Antécédents personnels	Positif			Négatif			Inconnu			Positif			Négatif			Inconnu			Positif			Négatif			Inconnu		
Antécédents héréditaires	+	-	?	+	-	?	+	-	?	+	-	?	+	-	?	+	-	?	+	-	?	+	-	?	+	-	?
Nombre d'étudiants masculins			1			1			2				1	23	76	2	7	36		1	2	8	125	231	2	54	157
Nombre d'étudiants féminins					1			1						10	22		2	11		1	2		45	83	3	24	53
Nombres total d'tudiants			1		1	1			3				1	35	98	2	9	47	2	4		8	170	314	5	78	210

Remarques. — Cette question du dépistage anti-tuberculeux ayant été la préoccupation principale des services de médecine préventive, la statistique est valable.

CONCLUSIONS

Ce tableau démontre que l'étudiant ne répond pas soit volontairement, soit le plus souvent involontairement aux questions : antécédents, héréditaires et personnels. Il vient à l'appui de la thèse qui prétend que l'interrogatoire ou bien doit être plus poussé, ou bien doit être supprimé.

*
* *

TABLEAU MÉDICAL N° V *bis*

La Tuberculose Pulmonaire à l'Université de Clermont-Ferrand

en 1944-1945

TUBERCULOSE

TABLEAU MÉDICAL N° V *ter*

La Tuberculose Pulmonaire à l'Université de Grenoble de 1936 à 1945

Années	Etudiants inscrits	Etudiants examinés	Pourcentage d'examinés	Tuberculose dépistée	Pourcentage des tuberculoses dépistées
1936-37 ..	425	236	55 %	9	2 %
1937-38 ..	426	335	77 %	3	0,8 %
1938-39 ..	644	482	75 %	6	0,9 %
1940-41 ..	2.645	1.168	44 %	3	0,26%
1941-42 ..	2.266	1.418	60 %	4	0,28%
1942-43 ..	3.643	2.559	70 %	8	0,31%
1943-44 ..	2.286	1.771	77 %	3	0,16%
1944-45 ..	2.449	2.283	93 %	5	0,31%
Totaux	14.784	10.252	68,8%	41	0,62%

		Pulmonaire	Pneumo-infection pathologique stabilisée	Pneumo-infection pathologique évolutive	Sesquelles pleurale inactives	Pulmonaire évolutive	P. Infection évolutive	Pulmonaire ancienne
Médecine Hommes	185	4	5				1	
Médecine Femmes	40							
Dentaire Hommes	33							
Dentaire Femmes	38							
Pharmacie Hommes	113	3			2	1		1
Pharmacie Femmes	112	1						
Sciences Hommes	210	1	1		2			
Sciences Femmes	86							
Droit Hommes	226	2	1		5	2		
Droit Femmes	112		1					
Lettres Hommes	107	2	2		5			
Lettres Femmes	308	2	2	1	5	1	1	
TOTAL :	1570	15	12	1	19	4	2	1

TABLEAU MÉDICAL N° VI

Les Réactions Tuberculiniques chez les Etudiants

Chiffres établis grâce au dépouillement de 46.512 fiches (année scolaire 1942-1943), provenant de 12 Universités et 4 centres Universitaires et concernant 30.233 étudiants de sexe masculin et 16.279 de sexe féminin.

A) *Sexe féminin*

B) *Sexe masculin*

TABLEAU MÉDICAL N° VI *bis*

Les Réactions Tuberculiniques chez les Etudiants en Médecine

Chiffres établis grâce au dépouillement de 8.728 fiches (année scolaire 1942-1943) provenant de 12 Universités et 4 centres Universitaires, et concernant 6.904 étudiants de sexe masculin et 1.824 de sexe féminin.

A) *Sexe féminin*

B) *Sexe masculin*

Remarques. — Les deux tableaux N° VI ont été établis avec des statistiques de Province et de Paris. On peut adresser le reproche général aux résultats des cuti-réactions que nous produisons d'avoir été de lecture variable. On n'est pas sûr que dans tous les cas, ce soit un médecin qui ait lu la cuti-réaction. Quoiqu'il en soit, et globalement le tableau peut être accepté dans son ensemble. Les étudiants n'ayant pas fait lire leur cuti-réaction, sont dans une proportion négligeable : 400 sur 30.000 à Paris, par exemple.

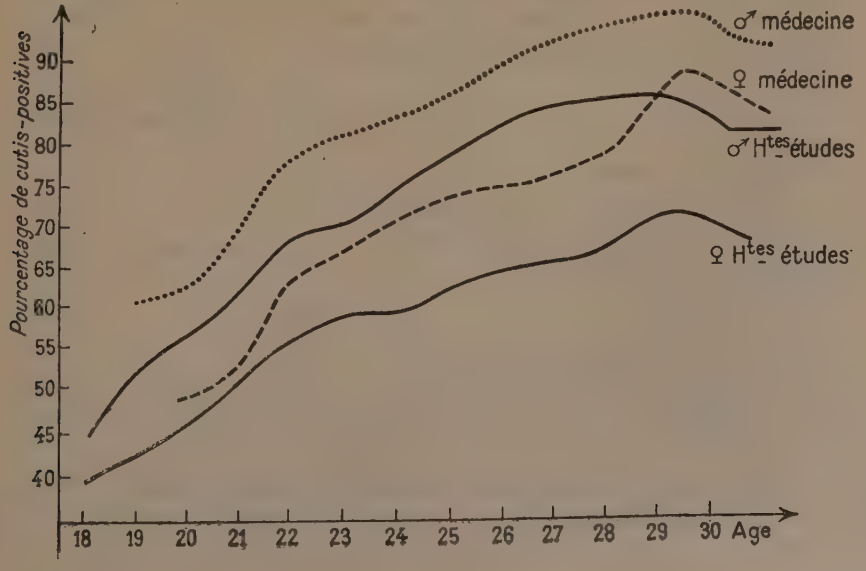


Tableau Médical N° VI *ter*

Courbe des Réactions Tuberculiniques selon l'Age et les Etudes entreprises (Médecine)

CONCLUSIONS DES TABLEAUX N° VI

Ces tableaux et ces courbes parlent d'eux-mêmes.

Plus l'étudiant avance en âge, plus son index allergique se situe dans les pourcentages élevés de cuti-positives. Qu'elle soit étudiante « toutes études » ou étudiante en médecine, l'étudiante a constamment un pourcentage des réactions tuberculiniques positives inférieur à celui de l'étudiant du même âge.

Quant aux étudiants et étudiantes en médecine, leur indice allergique est notablement plus élevé que celui de leurs camarades des autres Facultés. Cela confirme les données classiques. Mais il était peut-être utile de le montrer pour un si grand nombre de cas.

***

Tableau Médical N° VII

Radioscopie thoracique

Moyennes établies grâce au dépouillement de 59.774 fiches (année scolaire 1942-1943) provenant de 16 Universités, et 6 centres Universitaires, et concernant 41.159 étudiants de sexe masculin et 18.615 de sexe féminin, et ramenées à 1.000 étudiants.

	Nombre d'Etudiants		
	Masculins	Féminins	Totaux
	—	—	—
A) *Image pulmonaire :*			
1. Normale pour les deux poumons..	611	209	810
2. Normale pour un poumon, pathologique pour l'autre	80	27	107
3. Image pathologique pour les deux poumons	55	11	64
4. Radioscopie non faite	14	3	17
B) *Image cardio-médiastinale :*			
1. Normale	720	238	958
2. Pathologique	30	3	33
3. Radioscopie non faite	8	1	9

Remarques. — On peut s'étonner du grand nombre d'images

Résultat de la réaction		17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	Tous âges
A) SEXE FÉMININ																
Positif	Nombre +	23	189	604	1104	1527	1648	1313	624	420	279	191	202	236	258	8661
	Pourcentage	50	39	42	45	50	55	58	58	65	65	65	68	73	71	53 %
Négatif	Nombre + -	23	297	854	1348	1518	1535	963	446	232	152	100	91	88	105	7618
	Pourcentage	50	61	58	55	50	45	42	42	35	35	35	32	27	29	47 %
	Total	46	486	1458	2452	3045	3003	2276	1070	652	431	291	293	324	363	16.279
B) SEXE MASCULIN																
Positif	Nombre +	35	334	1168	2364	3111	3614	3213	1755	1253	807	610	525	589	593	20.115
	Pourcentage	41	45	51	55	61	67	70	75	79	84	85	87	87	83	67 %
Négatif	Nombre - -	51	405	1116	1893	1969	1794	1352	579	337	160	104	80	89	129	10.118
	Pourcentage	59	55	49	45	39	33	30	25	21	16	15	13	13	17	33 %
	Total	86	739	2284	4257	5080	5408	4565	2334	1590	967	714	605	678	714	30.233

Résultat de la réaction	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	au dessus	Tous âges
A) SEXE FÉMININ														
Nombre +	29	102	184	235	213	118	93	56	26	19	29	37	Chiffres négligeables	1143
Pourcentage	38	47	51	63	70	72	79	74	76	79	90	88		63 %
Nombre -	47	115	176	136	84	49	25	20	8	5	3	5		681
Pourcentage	62	53	49	37	30	28	21	26	24	21	10	12		37 %
Total	46	217	360	371	297	167	118	76	34	24	32	42		1824
B) SEXE MASCULIN														
Nombre +	122	415	709	999	968	625	504	382	253	185	130	123	Chiffres négligeables	5438
Pourcentage	60	62	69	78	83	84	87	90	93	88	95	88		78 %
Nombre -	82	256	316	255	204	117	78	42	20	26	7	17		1446
Pourcentage	40	38	31	22	17	16	13	10	7	12	5	12		22 %
Total	204	671	1025	1254	1172	742	582	424	273	211	137	140		6924

pathologiques relevées. Cela provient du fait que certains médecins examinateurs notent scrupuleusement la moindre anomalie (hile légèrement chargé, légère hypertrophie cardiaque), alors que d'autres ne tiennent compte que des images franchement pathologiques. Ce tableau ne présente donc pas une valeur statistique certaine.

***

Tableau Médical N° VIII

Aptitude à l'Education Physique et aux Sports

Moyennes établies grâce au dépouillement de 40.641 fiches (année scolaire 1942-1943) et provenant de 8 Universités et 4 centres Universitaires (26.386 étudiants masculins, et 14.255 féminins), et ramenées à 1.000 étudiants.

	Nombre d'Etudiants		
	Masculins	Féminins	Totaux
	—	—	—
Inaptitude :			
1. Inaptitude totale	64	8	72
2. Inaptitude partielle	4	1	5
3. Aucune inaptitude	682	241	923

Tableau Médical N° VIII *bis*

Examen Physiologique des Etudiants de Besançon (1944-1945)

Remarques. — L'Université de Besançon attache une grande importance à l'examen physiologique. Les chiffres que nous publions ci-dessus montrent que ce sont les étudiants en Lettres, puis les étudiants en Sciences, qui présentent le plus d'insuffisance aux différentes épreuves d'aptitude sportive.

***

Tableau Médical N° IX

Moyennes établies grâce au dépouillement de 38.178 fiches représentant 13.560 étudiantes et 24.818 étudiants, et provenant de 8 Universités et 4 centres Universitaires, et ramenées à 1.000 étudiants (année scolaire 1942-1943).

Épreuves physiologiques	Droit	Lettres	Sciences	Médecine	Pharmacie	P. C. B.	Total
Étudiants examinés	121	160	112	48	51	21	513
Sujets trop maigres	90 %	29 %	31 %	26 %	27 %	24 %	34 %
Capacité respiratoire insuffisante	20 %	28 %	15 %	4 %	11 %	10 %	15 %
Epreuve de Lian anormale	16 %	18 %	11 %	3 %	5 %	10 %	10 %
Aptitude aux sports	80 %	71 %	76 %	81 %	80 %	85 %	81 %

Décisions prises :	Pour les Etudiants	Pour les Etudiantes	Total
1. Demande d'examen médical complémentaire	2	1	3
2. Prescription d'analyse	1	1	2
3. Signalisation au médecin de famille	4	2	6
4. Hospitalisation	1	0	1
5. Aucune demande particulière	761	229	990

CONCLUSIONS GENERALES
DU SIXIÈME CHAPITRE

— Les renseignements sociaux et médicaux confirment l'importance de la Médecine Préventive Universitaire.

— Ils sont surtout intéressants parce qu'ils permettent d'établir sur des bases solides un plan de réformes souhaitables de l'organisation médico-sociale Universitaire.

Chapitre VII

REFORMES SOUHAITABLES

« *La Santé Publique est le fondement du bonheur du peuple et de la puissance de l'Etat* »

Disraëli.

Peu d'idées possèdent une puissance de suggestion comparable à celle de la prévention Universitaire. Non seulement elle a, en un peu plus d'une décade, suscité la création, puis l'extension de ses propres centres de dépistage, amélioré l'ensemble de toute l'organisation médico-sociale universitaire et en particulier perfectionné l'armement antituberculeux, mais elle a vite débordé sur l'ensemble de l'enseignement en faisant reconnaître ce principe fondamental de la responsabilité de l'Etat dans la surveillance de la santé des élèves et des étudiants dont il croyait naguère n'avoir que charge purement intellectuelle. Le dynamisme d'une telle idée n'est pas épuisé pour autant. Il est à l'origine de réformes que nous allons maintenant envisager.

I. — REFORME DE L'EXAMEN MEDICAL PREVENTIF

Il doit être amélioré en qualité et en quantité.

A. — Réformes qualitatives

Une qualité meilleure de l'examen médical préventif suppose :

1°) *Réformes matérielles*

Les locaux devront être spécialement prévus et aménagés pour permettre un examen rapide, complet et confidentiel. Les centres médico-scolaires prévus par l'ordonnance du 18 Octobre 1945 répondront à ces exigences. Nous devons à l'obligeance des services de l'hygiène scolaire et universitaire d'en pouvoir présenter une esquisse.

L'installation technique : radiologie, laboratoires, spécalités, a été

particulièrement étudiée dans ce projet au double point de vue de la sensibilité dans la détection et de la commodité dans l'utilisation.

2°) *Réformes administratives*

Nous les avons presque toutes suggérées au cours de notre étude de l'organisation administrative actuelle. Nous ne ferons que les rappeler brièvement. Ce sont essentiellement :

a) *L'installation d'une assistante sociale.*

Huit académies seulement possèdent une assistante sociale universitaire. Il faut que toutes les académies les imitent. Notons que l'Assistante sociale universitaire a reçu un véritable statut moral par l'article premier de l'ordonnace d'octobre 1945.

b) *L'intensification de la propagande* en faveur de la prévention. Ce qui accélèrera forcément non seulement l'entrée de la médecine préventive dans les mœurs universitaires, mais dans celles de toutes les couches sociales.

c) *Diverses mesures de coordination* rendues presque superflues d'énumérer puisque les services d'hygiène scolaire et universitaire s'en chargeront.

3°) *Réformes techniques*

Elles aussi vont être, à bref délai, partout réalisées en raison de la direction et du contrôle dévolus en la matière au service d'hygiène scolaire et universitaire. Elles viseront les méthodes d'examens mais surtout la façon d'en rendre compte. Si bien que la plupart des critiques qu'on peut adresser aux chiffres que nous donnons dans notre précédent chapitre disparaîtront devant une codification rigoureuse permettant de fructueuses comparaisons et déductions. Pour ce faire, on espère beaucoup d'une réforme de la fiche de médecine préventive.

Deux théories s'opposent à cette occasion :

a) *Conservation d'une fiche médicale.*

Il faut alors envisager une partie sociale très développée et surtout très précise et l'interrogatoire devra être fait par un médecin ou, à défaut, une assistante très instruite.

b) *Suppression de la fiche médicale.*

Pour certains, la fiche est d'un intérêt contestable. Ils disent que

pour l'étudiant non dépisté, il est inutile. En effet, l'examen radioscopique bien fait ne doit rien laisser passer. D'autre part, quels que soient les antécédents, ils ne peuvent dicter des mesures particulières si l'image thoracique est normale. Ils disent aussi que pour l'étudiant dépisté il faut recommencer l'interrogatoire qui sera centré sur l'anomalie constatée. Ils concluent en disant que le temps, les crédits utilisés à l'établissement de cette fiche pourraient être utilement récupérés et utilisés à faire un second examen annuel.

c) *Attitude adoptée.*

Il est vrai que la fiche en usage ne donne pas satisfaction. Elle ne permet pas la comparaison entre les diverses années, elle est difficile à classer et à manipuler. Mais ce n'est pas une raison suffisante pour la supprimer. On peut la modifier et cette année sera mis en œuvre un extrait statistique, destiné au service national des Statistique, qui permettra d'alléger la fiche en usage dans chaque centre. Cet extrait sera fait de telle façon que l'auxiliaire n'aura rien à écrire, il n'aura qu'à barrer un certain nombre de cases ou à écrire des chiffres. Seuls ces extraits seront envoyés au S.N.S. Le travail du secrétariat sera ainsi grandement facilité. Il lui restera une fiche donnant une fois pour toutes les antécédents et l'état civil de l'étudiant et sur laquelle chaque année on inscrira les résultats de la visite de contrôle.

4°) *Réformes psychologiques*

Nul ne conteste plus la nécessité d'une médecine systématique qui a amplement démontré son efficacité soit par les vaccinations, soit par le dépistage radiologique. D'ailleurs, aux très rares esprits qui nient à ce dernier un intérêt réel, on peut proposer la comparaison suivante. Un jardin sans jardinier, c'est l'eden des mauvaises herbes. Dans un jardin surveillé, plus un brin d'herbe inutile ne pousse. Pourquoi s'étonner alors du taux d'environ 1 pour 1.000 des tuberculeux dépistés dans les différentes collectivités ? C'est le brin de mauvaise herbe arraché par le jardinier. Sans quoi tout le jardin serait la proie de l'ivraie.

Les examens systématiques admis, encore faudrait-il que leur caractère éducatif ne soit pas perdu de vue. La visite préventive n'est pas une formalité pure et simple. Elle doit au contraire amener l'étudiant à se demander pourquoi et comment on la lui fait subir. Il

s'initiera ainsi aux principes et aux méthodes qui lui permettront de donner aux autres d'utiles conseils et de pouvoir être même son propre dépisteur. A ce point de vue, des affiches, des tracts, des brochures, des conférences, feront le plus grand bien. Et retenons à ce propos le grief souvent formulé par des étudiants de ne pas avoir reçu communication du résultat de la visite de prophylaxie. Il faut que chaque étudiant soit informé de ce que l'on aura relevé de suspect. C'est l'évidence. Mais il doit être également averti si tout est normal. Il faut aussi expliquer les expressions cuti-positive, cuti-négative. Il serait souhaitable qu'on donne le résultat de l'examen préventif sur une formule donnant tous éclaircissements utiles.

Rendre éducatif l'examen de prophylaxie, c'est le rendre déjà moins anonyme. On ne peut évidemment lui donner l'allure individuelle qui serait pleinement souhaitable. Trop d'étudiants sont à examiner. Mais on doit faire en sorte que l'étudiant dépisté se croit l'objet d'une attention personnelle de la part de l'assistante sociale et du médecin. Ainsi, le facteur individuel si difficile à insérer dans un examen systématique, trouvera-t-il malgré tout une place utile et nécessaire.

B. — Réformes quantitatives

1°) *Dans l'espace*

Il faut accroître le nombre des investigations pratiquées au cours de la visite de médecine préventive. Le projet de décret d'application de l'ordonnance de 1945 vise surtout un dépistage antituberculeux, mais prévoit aussi un examen clinique général. Il nous semble qu'il serait nécessaire que des décrets ultérieurs organisent un dépistage des affections vénériennes, dentaires et ophtalmologiques. L'exemple donné par Strasbourg à ces deux derniers égards est assez convaincant. En ce qui concerne la lutte antivénérienne, Grenoble, nous l'avons vu, en a montré l'utilité par ses résultats.

2°) *Dans le temps*

Il faut répéter les examens de médecine préventive dans l'année, particulièrement le dépistage radiologique. En effet, l'examen est généralement pratiqué à une époque où le surmenage n'a pas encore affaibli l'organisme de l'étudiant. Il serait souhaitable qu'il ne parte

pas en vacances, après le gros effort nécessité par la préparation de ses diplômes, sans passer une visite de contrôle au service de Médecine préventive universitaire.

II. — REFORMES DE L'ORGANISATION MEDICO-SOCIALE UNIVERSITAIRE

La médecine préventive est la pierre angulaire du système de protection de la santé de l'étudiant. Il est logique d'évoquer à son propos les réformes que l'ensemble de ce système va subir. C'est d'ailleurs du point de vue de la médecine préventive que nous allons les étudier.

A. — Pour empêcher l'étudiant d'être malade, il faut

1°) *Instaurer une politique de l'habitation*

Les chambres d'étudiants sont souvent des taudis. Il faut y remédier en favorisant la création de cités universitaires, de maisons universitaires, d'hôtels coopératifs, de collèges d'internes, qui offriront toutes garanties d'hygiène, de salubrité et de confort. Pour ceux des étudiants qui préfèreront des chambres chez des particuliers, une législation devra intervenir dans le sens de l'initiative nancéienne de 1938, obligeant le local loué à un étudiant à répondre à certaines conditions sanitaires et à être désinfecté après le départ de chaque pensionnaire.

2°) *Surveiller les conditions d'alimentation*

Une seule solution satisfaisante se présente pour parer au danger de la sous-alimentation des étudiants. Développer les restaurants d'étudiants sans but commercial où les jeunes universitaires trouvent une nourriture saine dans un décor agréable à un prix modique. Il faudra tenir compte pour la composition des menus non seulement des calories des différents aliments, mais aussi de la variété indispensable dans l'alimentation. En outre, il serait bon qu'un médecin surveille ces restaurants, surtout dans le cas où ceux-ci, comme c'est souhaitable, auraient une section de régimes. La diététothérapie prend de nos jours une importance de plus en plus grande non seulement dans les cas de métabolisme, mais aussi en ce qui concerne l'épilepsie, la tuberculose cutanée, les néphrites, la blennorragie, etc... Ces régimes

spéciaux nécessitent des connaissances spéciales et une section de régime sans contrôle médical ne saurait être efficace.

Le Centre Universitaire de Médecine préventive pourrait surveiller la nutrition des étudiants :

a) en montrant à ceux-ci, par le moyen des conférences, l'intérêt et la nécessité d'une nourriture rationnelle, équilibrée et adaptée au besoin de l'organisme ;

b) en dépistant au cours de l'examen préventif les états d'insuffisance physique, les états de sous-alimentation, de carence ou de troubles digestifs variés ;

c) en apportant au Comité de surveillance des Restaurants universitaires son concours spécialisé en diététothérapie.

3°) *Créer l'* « *Hygiène des loisirs* »

L'étudiant doit se reposer. Il serait peut-être utile de lui apprendre comment il doit le faire.

a) *Vacances.*

Elles ne doivent pas être prétexte à surmenage physique ni intellectuel. Elles doivent prodiguer leurs bienfaits à tous les étudiants, quelle que soit leur situation sociale. Pour réaliser ces deux points, il faut instituer ou développer les colonies de vacances universitaires, les centres de vacances pour étudiants, les camps de repos et le mouvement des auberges de la jeunesse.

b) *Sports.*

Ils doivent être pratiqués avec méthode et désintéressement. Les efforts de l'office du Sport Scolaire et Universitaire doivent donc être fortement appuyés, l'éducation physique doit être rendue populaire dans les milieux étudiants par la création de terrains de jeux, de salles de gymnastique, de piscines universitaires. Un grand facteur de développement de l'éducation physique chez les étudiants est le médecin chargé du contrôle médical sportif. S'il sait se montrer à la hauteur de sa tâche, il peut amener beaucoup de jeunes gens à la pratique d'un sport rationnel et bienfaisant.

c) *Distractions.*

Des foyers d'étudiants, créés dans chaque faculté, remplaceront avantageusement les cafés et la subvention d'un service des spectacles

empêchera que le jeune intellectuel ait faim physiquement pour apaiser la faim de son esprit.

4°) *Surveiller l'hygiène du travail de l'étudiant*

C'est une question fort difficile, car pour la résoudre interviennent des facteurs matériels et intellectuels. Les réformes matérielles consisteraient en : laboratoires modernes parfaitement agencés, vastes amphithéâtres, salles de travail confortables, bibliothèques plus grandes, etc... Les réformes intellectuelles sont discutées. Nous n'en retiendrons qu'une et c'est la nécessité d'une orientation professionnelle. Si chacun fait les études que ses goûts naturels, que ses dons, que ses aptitudes physiques lui permettent, une grande cause de surmenage aura disparu. On doit donc développer les efforts du Bureau Universitaire de Statistique qui informe les lycéens et leur famille des conditions demandées par chaque catégorie de l'enseignement supérieur et qui s'offre de leur faire subir un examen d'orientation. Il faudra, de toutes façons, faire une active propagande en faveur d'un travail ordonné et régulier.

B. — Pour mieux soigner l'Etudiant malade, il faut

1°) *Créer des consultations gratuites pour étudiants*

Quand l'examen de médecine préventive a décelé chez un étudiant un trouble morbide quelconque, il serait illusoire de l'envoyer chez son « médecin de famille » lorsqu'il ne peut le payer. Il est donc nécessaire que des consultations gratuites existent dans chaque ville universitaire en faveur des étudiants économiquement faibles. D'autres suggestions que nous allons examiner tout à l'heure vont beaucoup plus loin dans cette voie. Le modèle de telles consultations est donné par la consultation du mercredi au Pavillon Médical de la Cité Universitaire de Paris. Sous la direction des Docteurs Pellissier et Lacourbe, elle est ouverte gratuitement depuis 1932 à tous les étudiants parisiens.

2°) *Créer des maisons de convalescence*

Beaucoup d'affections requièrent un repos plus ou moins long à leur suite. L'étudiant ne peut souvent s'octroyer, faute de moyens financiers, ces « vacances » supplémentaires indispensables. On pourrait prévoir que les centres de vacances inutilisés pendant l'année

scolaire servent à accueillir durant ce temps les étudiants convalescents et même, si nécessaire, on pourrait en fonder.

3°) *Développer l'armement antituberculeux universitaire*

Il comprend actuellement :

a) *des maisons de pré-cure :* Paris ;

b) *des maisons de cure :* Saint-Hilaire-du-Touvet, Besançon ;

c) *des maisons de post-cure :* Grenoble, Paris.

Il faut au moins doubler l'effectif total de ces lits. Les besoins se chiffrent par 12.000 demandes, il ne peut offrir que 600 lits. Des maisons de Cure doivent être fondées à nouveau. Et chaque ville universitaire devra posséder sa maison de pré-cure et sa maison de post-cure. A Paris, ces maisons seront jumelées avec l'hôpital pour étudiants.

4°) *Fonder un hôpital pour étudiants*

Ces raisons qui motivaient la création de consultations gratuites pour étudiants militent encore davantage en faveur de l'Institution d'un hôpital propre aux jeunes universitaires. Mon Maître, M. le Professeur Jean Troisier, en a eu le premier l'idée. Il adressait, en octobre 1943, un avant projet au Ministre et c'est grâce à lui que les terrains nécessaires à la future construction de l'hôpital ont pu être expropriés et acquis par l'université. Les étudiants de Paris lui en garderont une vive reconnaissance.

Pourquoi un hôpital pour étudiants ?

L'étudiant est un travailleur non salarié. Il vit généralement loin de sa famille. S'il vient à tomber malade, il doit se soigner à l'hôpital et par exemple, 250 étudiants figurent en permanence comme malades dans les hôpitaux parisiens. De plus, l'étudiant ne peut payer ses frais de séjour hospitalier. Dans la salle commune, l'étudiant coupé de son milieu, sans bibliothèque ni camarade, n'est pas placé dans les meilleures conditions pour guérir rapidement, surtout quand il doit faire un séjour de plusieurs mois : maladie chronique, affection chirurgicale. Enfin, dans cet hôpital, il lui est à peu près impossible de poursuivre ses études, d'où la nécessité d'une clinique-hôpital pour étudiants qui accueillerait tous les étudiants et étudiantes de 18 à 30 ans inscrits à un établisement d'enseignement supé-

rieur et, dans certaines conditions, les professeurs d'enseignement supérieur et leur famille.

Réalisation possible d'un hôpital pour étudiants.

Le nombre constant : 250 de malades à hospitaliser, malgré un débit rapide, vers les maisons de cure, de post-cure, et de convalescence, la nécessité d'opérer les admissions dans un délai très rapide (opérations d'urgence) font envisager la réalisation d'un hôpital de 200 lits, situé derrière la Cité Universitaire de Paris, dont les terrains nécessaires sont acquis et qui serait spécialement construit à cette fin. Il comprendrait des services spécialisés : consultations, chirurgie, médecine générale, phtisiologie, vénéréologie, spécialités diverses. L'immeuble sera construit avec les fonds de garantie de l'assurance maladie dont il représentera l'investissement.

Fonctionnement.

La gestion sera indépendante de l'assurance, cependant le dépistage de la médecine préventive et la consultation gratuite de l'hôpital pourront y aiguiller l'étudiant. Les frais de séjour de l'étudiant y seront réglés automatiquement et en totalité par l'assurance-maladie universitaire.

5°) *Instituer une assurance-maladie pour étudiants*

L'expérience recueillie dans les services de médecine préventive a fait apparaître la nécessité de répartir sur toutes les têtes la charge financière que représentent les frais de traitement d'un étudiant et l'assurance-maladie apparaît comme le dernier et indispensable chaînon d'un ensemble destiné à assurer la protection de la santé des étudiants. Non seulement, en effet, la tuberculose doit être soignée et prévenue, la maladie en général doit être traitée et même évitée si possible, mais encore le risque qu'elles représentent doit être garanti. L'effort financier des familles d'étudiants ne peuvent, la plupart du temps les garantir totalement en cas de maladie. Les assurances privées font des difficultés pour assurer le risque morbide. Il est donc nécessaire d'instituer une caisse publique d'assurance-maladie pour étudiants.

But :

Cette assurance rendue obligatoire par une loi aurait pour but

de couvrir la totalité des frais chirurgicaux, médicaux, hospitaliers (frais de séjour à l'hôpital, en clinique, en sanatorium) auxquels les étudiants peuvent avoir à faire face au cours de leurs études.

Risques assurés :

Il ne s'agira que d'assurer les risques majeurs car si l'on assurait tous les risques santé, y compris les fournitures pharmaceutiques de toute espèce, l'étudiant aurait tendance à abuser et aucune caisse ne pourrait fonctionner plus de quelques mois. Nous avons dit que cette assurance devait être obligatoire, car si elle ne l'était pas, seuls y viendraient les étudiants ayant des raisons de se croire malades et l'on assurerait le « mauvais risque ». L'obligation d'inscription devrait exister jusqu'à l'âge de 30 ans.

Il faudra distinguer deux secteurs parmi les risques assurés :

— un secteur « risques majeurs » tels que la tuberculose, l'opération chirurgicale, le séjour à l'hôpital ou en maison de santé, qui ne se prête guère à la fraude ; ce sera le « secteur d'assurance » proprement dit ;

— un secteur « risques mineurs » ne devant pas être couvert de façon obligatoire mais dans une certaine limite et après enquête de l'assistante sociale, ce sera le « secteur d'entr'aide ».

Les étudiants seront assurés aussi bien pendant l'année scolaire que pendant les vacances pour toutes les activités autres que celles déjà prévues par des assurances antérieures : assurances contre les accidents de laboratoire, assurances sociales pour les employeurs dans certains cas, assurances sport par les licences sportives, assurances auto ou moto par des assurances privées.

Cotisations et prestations :

La prime exigerait un versement annuel dont seraient exemptés les boursiers et exonérés des droits d'inscription, suppléés en ce cas par l'Etat. Les autres étudiants paieraient la moitié de la cotisation réelle. L'autre partie sera prise en charge par l'Etat, remplaçant en cela l'employeur dans les assurances sociales. Le taux de la cotisation annuelle serait d'environ 600 francs.

Les prestations assureraient le remboursement automatique et immédiat des frais de médecin et de chirurgien quel que soit le praticien, des frais d'hospitalisation quel que soit l'établissement,

Le cas échéant, elles procureraient une place gratuite dans les établissements médico-universitaires : cliniques et sanatoria.

Réalisation :

La caisse serait unique avec des sections universitaires ou inter-universitaires (groupant plusieurs petites universités). Il pourrait ainsi y avoir 5 ou 6 sections de la caisse nationale. Cette caisse assurance-maladie serait distincte de la caisse assurance-accidents qui fonctionne parfaitement. Il sera nécessaire de désigner des médecins contrôleurs.

La Caisse prendrait à sa charge la gestion matérielle de la Médecine Préventive Universitaire, la taxe de médecine préventive disparaissant pour être incluse dans la cotisation assurance ; par contre, il serait entendu que l'organisation technique relèverait des services d'hygiène scolaire et universitaire et la direction scientifique de la médecine préventive universitaire continuerait à rester sous l'autorité du Doyen de la Faculté de Médecine.

Intérêt de la participation de l'Etat.

Il vaut mieux engager la participation de l'Etat sous forme d'une quote-part bien déterminée, intégrée à la cotisation de tout étudiant assujetti à l'assurance, plutôt que de faire appel aux divers organismes d'assistance, chaque fois qu'un étudiant est malade et que sa famille ne peut supporter les charges de son traitement. En un mot, on voudrait substituer le principe d'une assurance contrôleuse et facilement contrôlable à celui d'une assistance dispersée.

CONCLUSION

Ainsi, par tout ce qu'elle doit logiquement entraîner comme réformes profondes de l'organisation médico-sociale universitaire, la Prévention est à l'origine d'une refonte complète du « style de vie » de l'étudiant. Et si Duhamel a pu écrire quelque part ce mot redoutable contre la Médecine Préventive en général : « J'aime mieux souffrir de la maladie que de souffrir de la santé », gageons qu'il reviendrait sur cette boutade à propos de la Médecine Préventive Universitaire si tant est que nous ayions réussi à prouver qu'elle ne fait n' ne fera pas souffrir mais au contraire bien mieux jouir de la santé, « cette précieuse chose sans laquelle la vie n'a ny grâce, ny saveur ».

CONCLUSIONS

Cette étude de la médecine préventive universitaire en France nous semble justifier les conclusions suivantes :

I. — La façon dont vit l'étudiant, dont il travaille et dont il pense en fait une victime désignée de la maladie. C'est pourquoi la prévention est indiquée dans le milieu universitaire plus encore que partout ailleurs.

II. — Quoique l'exemple des Universités de Strasbourg et de Nancy soit très remarquable, l'idée de prévention dans l'enseignement supérieur français n'est passé peu à peu dans les faits que vaincre les Pouvoirs Publics de son opportunité. Il fut aidé en cela par le Comité Supérieur des Œuvres sociales en faveur des étudiants et l'Union Nationale des Etudiants de France.

III. — Les lois actuelles sur la médecine préventive universitaire témoignent de ce progressif intérêt du législateur. En 1938, le principe de son utilité est reconnu. En 1939, les moyens financiers nécessaires lui sont donnés. En 1942, elle devient obligatoire. En 1945, elle inspire la création d'une direction de l'Hygiène scolaire et universitaire au Ministère de l'Education Nationale et en reçoit bientôt une organisation coordonnée et homogène, en même temps que tous les ordres de l'enseignement (ordonnance du 18 Octobre 1945).

IV. — Le fonctionnement de la médecine préventive a été jusqu'ici gêné par des conditions matérielles souvent improvisées. Au point de vue administratif et technique, on a réussi malgré tout à la rendre efficace.

V. — Un exemple en peut être donné par une visite au Centre de Paris — Faculté de Droit — où tout a été mis en œuvre pour accroître la valeur et réduire les inconvénients possibles de l'examen systématique.

VI. — Mais ce sont surtout les premiers résultats des enquêtes de médecine préventive universitaire qui font toute son importance. Par leurs aperçus sociaux, ils en confirment la nécessité. Par leurs

renseignements médicaux, ils justifient certaines données classiques sur la santé des étudiants et permettent d'en établir de nouvelles aussi profitables.

VII. — Une telle réalisation ne peut aller qu'en se perfectionnant. Elle suscitera d'elle-même ses progrès. On peut déjà les prévoir. Dans le cadre strict de la prophylaxie, ce sont quelques réformes de l'examen préventif même, mais surtout le développement du service social en Faculté, ainsi que la surveillance médicale de l'habitation, de l'alimentation et des loisirs de l'étudiant.

Dans l'ordre plus général de l'organisation médico-sociale universitaire, dont elle fut l'origine, ce sont : les consultations gratuites pour étudiants, les maisons de convalescence universitaires, l'hôpital pour étudiants et la Caisse Nationale Autonome d'Assurance-Maladie de l'Enseignement supérieur.

La vie de l'étudiant s'en trouvera métamorphosée et la force des choses qui en faisait un bohême s'estompera devant les conditions d'existence telles que sa vocation pourra pleinement s'épanouir.

Nous sommes en mesure de répondre maintenant à la question posée dans notre Introduction. La France entend se trouver à l'avant-garde des pays soucieux de protéger efficacement la santé de leurs jeunes intellectuels. Qu'elle ait pu faire un tel effort durant les plus dures années de son histoire témoigne d'une singulière vitalité et de son impérissable foi en l'Esprit.

Vu : *Le Doyen de la Faculté de Médecine,*
A. Baudouin.

Vu : *Le Président de Thèse,*
P. Joannon.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
G. Roussy.

INDEX DES TRAVAUX CITÉS

Nous avons puisé les éléments de nos statistiques à deux sources :

— 1° Le Service National de Statistique et nous remercions à ce propos, le Docteur Aubenque, des documents nombreux qu'il nous a permis de consulter.

— 2° Les questionnaires que nous avons envoyés à tous les Directeurs et Secrétaires de Centres de M.P.U. et qu'ils ont bien voulu nous renvoyer la plupart du temps, remplis, ce dont nous leur en savons infiniment gré.

M. Rosier, ancien Chef de Cabinet de Jean Zay, a eu la grande obligeance de mettre les mémoires du Ministre disparu à ma disposition. Qu'il trouve ici l'expression de ma vive gratitude.

Berthet (E.). — Rapport sur l'organisation et le fonctionnement du service de Médecine Préventive à Grenoble, 1942-1945.

Douady et Berthet. — Organisation et résultats des examens de médecine préventive Universitaire à Grenoble en 1940-1941.

Kattentidt. — *In* Le Service Médical dans les Universités, Genève 1933.

Leclercq. — Rapports sur la M.P.U. de Lille, 1941-1945.

Palmieri. — *In* Service Médical Universitaire, Genève 1933.

Rochaix et Rosier. — Centres universitaires de Médecine Préventive et protection de la santé des étudiants. Revue d'Hygiène, Juin 1937.

Troisier, Poix et Bour. — Dépistage radiologique dans les collectivités. Presse Médicale, Février 1943.

Vaucher et Strauss. — Cinq années de Médecine Préventive Universitaire, Revue d'Hygiène, 1935.

TABLE DES MATIERES

PAGES

PREFACE 1

AVANT-PROPOS 1

INTRODUCTION 3

IMPORTANCE SOCIALE DE LA MEDECINE PRÉVENTIVE UNIVERSITAIRE 5

I. — *Avantages individuels de la Médecine préventive en général* 5
II. — *Avantages généraux collectifs de la Médecine préventive* 6
III. — *Avantages individuels de la Médecine préventive universitaire* 7
A. — ÉTUDE ANALYTIQUE 8
1) La jeunesse de l'étudiant 8
2) L'isolement de l'étudiant 9
3) Le travail de l'étudiant 11
4) La pauvreté fréquente de l'étudiant 14
5) La mentalité de l'étudiant 15
B. — ÉTUDE D'ENSEMBLE DE LA VIE DE L'ÉTUDIANT ET DE SA PATHOLOGIE 17
1) La vie de l'étudiant, physiologie particulière . . 17
2) Les maladies de l'étudiant, pathologie particulière 21
IV. — *Avantages collectifs de la Médecine préventive universitaire* 24

HISTORIQUE 27
I. — *Les précurseurs : Nancy, Strasbourg* 28
1) Expérience de Strasbourg 29
2) Expérience de Nancy 32
3) Autres expériences et conclusion 33
II. — *Période d'extension* 34
A) Phase d'initiative privée 34
B) 2e Phase : Les pouvoirs publics s'intéressent à la médecine préventive universitaire 36
III. — *Période d'obligation* 40
IV. — *Période de coordination, période actuelle* 43

LEGISLATION DE LA MEDECINE PRÉVENTIVE UNIVERSITAIRE 47

A. — *Législation de la Médecine préventive universitaire* 47
B. — *Réglementation* 53
1) Respect du secret médical 53
2) Etudiants non résidents dans la ville universitaire 53
3) Etudiants défaillants 54

PAGES

4) Etudiants transférés 54
5) Etudiants subissant les examens dans d'autres services 54
6) Etudiants dont le cas nécessite des examens complémentaires 55
7) Etudiants dépistés 55

ORGANISATION 57
I. — *Organisation matérielle* 58
A. — Locaux 58
B. — Matériel 59
II. — *Organisation administrative* 61
A. — Propagande 61
B. — Convocation des étudiants 61
C. — Fichier. Répertoire. Secrétariat 64
D. — Personnel 64
E. — Finances 67
F. — Exploitation statistique des résultats 68
G. — Conséquences administratives du dépistage 68
H. — Rôle de l'assistante sociale universitaire. . . . 68
III. — *Organisation médicale* 69
A. — Organisation des séances d'examen 69
B. — Précautions à prendre pour assurer le respect du secret médical 70
C. — Rédaction de la fiche médicale 71
D. — Nature des explorations médicales pratiques 72
E. — Appréciation des données de l'examen. . . . 80
F. — Elaboration d'une doctrine 82

UN CENTRE DE MÉDECINE PRÉVENTIVE UNIVERSITAIRE EN ACTION 83

PREMIERS RÉSULTATS 89
I. — *Renseignements sociaux* 89
II. — *Renseignements médicaux* 96
RÉFORMES SOUHAITABLES 113
I. — *Réforme de l'examen médical préventif* 113
II. — *Réformes de l'organisation médico-sociale universitaire* 117

CONCLUSIONS 124

INDEX DES TRAVAUX CITÉS 126

Imprimerie R. DRIVON, 8, Rue Saint-Séverin, PARIS-V
N° dépôt légal : 200
J.-B. BAILLÈRE ET FILS, Éditeurs PARIS
N° dépôt légal : 286 - 2e Trimestre 1948